



NATIONAL COLLABORATING CENTRE
FOR ABORIGINAL HEALTH

CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE
DE LA SANTÉ AUTOCHTONE

INÉGALITÉS EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ DES PEUPLES AUTOCHTONES

Charlotte Loppie Reading Ph.D.
University of Victoria

Fred Wien Ph.D.
Dalhousie University

2009



NATIONAL COLLABORATING CENTRE
FOR ABORIGINAL HEALTH



CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE
DE LA SANTÉ AUTOCHTONE

© Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, CCNSA, 2009-2010.

Le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone soutient le renouveau du réseau de santé publique du Canada qui est inclusif et respectueux des divers peuples des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Le CCNSA est financé par l'Agence de la santé publique du Canada et est basé à l'University of Northern British Columbia, à Prince George, en Colombie-Britannique. La production du présent rapport a été rendue possible grâce à la contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada. Les opinions exprimées ici ne représentent pas nécessairement le point de vue de l'Agence de la santé publique du Canada.

Centre de collaboration nationale de la santé autochtone
University of Northern British Columbia
3333, University Way
Prince George C.-B. V2N 4Z9

Pour de plus amples renseignements :

Courriel : nccah@unbc.ca
Site Web : www.nccah.ca
Bureau : 1 250 960-5250



National Collaborating Centre
for Aboriginal Health

Centre de Collaboration Nationale
de la Santé Autochtone

INÉGALITÉS EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ DES PEUPLES AUTOCHTONES

Charlotte Loppie Reading Ph.D.
University of Victoria

Fred Wien Ph.D.
Dalhousie University

2009

Table des matières

Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones	1
Introduction	1
Les déterminants sociaux de la santé autochtone	1
Le contexte socio-économique	2
Un point de vue holistique de la santé	3
Parcours de vie – enfance, jeunesse et vie adulte	3
Remarque sur la pertinence des données relatives à la santé publique autochtone	4
Les déterminants proximaux de la santé	5
Comportements en matière de santé	6
L'environnement physique	8
Emploi et revenus	9
Éducation	12
Insécurité alimentaire	14
Les déterminants intermédiaires de la santé	15
Systèmes de soins de santé	15
Systèmes d'éducation	17
Infrastructures communautaires, ressources et capacités	17
Gérance environnementale	17
Continuité culturelle	18
Déterminants distaux de la santé	20
Coloniamisme	21
Racisme et exclusion sociale	22
Autodétermination	23
Conclusion	24
Rassembler le tout : Le Modèle intégré de parcours de vie et des déterminants sociaux de la santé autochtone (MIPVDSSA)	25
Annexes	27
Références	33
Sources des tableaux	40

Liste des tableaux

TABLEAU 1	Le bien-être des communautés inuit, des Premières Nations et d'autres communautés canadiennes, 2001	6
TABLEAU 2	Usage du tabac déclaré par les adultes issus des communautés des Premières Nations vivant sur réserve, les adultes autochtones vivant hors réserve et les adultes non autochtones vivant au Canada	7
TABLEAU 3	Mères faisant usage du tabac durant la grossesse, Premières Nations vivant dans les réserves et reste du Canada. 2002-2003 (pourcentage)	7
TABLEAU 4	Adultes issus de communautés des Premières Nations vivant dans les réserves et habitant dans un logement sans fumée, 2002-2003 (pourcentage)	7
TABLEAU 5	Réparations nécessaires aux logements sur réserve (2002-2003) et au Canada (2003)	8
TABLEAU 6	Pourcentage d'Inuit, Métis et des membres des Premières Nations vivant dans des logements surpeuplés au Canada en 2006	9
TABLEAU 7	Certaines caractéristiques de la population active au sein de la population d'identité autochtone du Canada âgée de 15 ans et plus, recensement de 2001	10
TABLEAU 8	Certaines caractéristiques du revenu de la population d'identité autochtone âgée de 15 ans et plus au Canada, recensement de 2001	10
TABLEAU 9	Pourcentage des gens, parmi les Autochtones vivant hors réserve et les non-Autochtones, déclarant que leur état de santé est passable ou mauvais selon le revenu du ménage, Canada, 2000-2001	11
TABLEAU 10	Pourcentage des gens ayant vécu un épisode dépressif majeur au cours de l'année précédente selon le revenu du ménage et le statut d'Autochtone vivant hors réserve, Canada 2000, 2001	12
TABLEAU 11	Degré d'éducation le plus élevé atteint dans les populations d'identité autochtone du Canada pour les personnes âgées de 15 ans et plus, recensement de 2001	13
TABLEAU 12	Prévalence de l'insécurité alimentaire selon le niveau et certaines caractéristiques chez la population à domicile du Canada à l'exception des Territoires, 1998-1999 (pourcentages)	14
TABLEAU 13	L'utilisation et l'accès aux soins de santé de la population vivant à domicile âgée de 15 et plus, selon le statut d'Autochtone vivant hors réserve au Canada et dans les Territoires du Nord-Ouest, 2000-2001	15
TABLEAU 14	Les obstacles empêchant l'accès aux services de santé chez les adultes des Premières Nations vivant au sein de réserves, 2002-03	16
TABLEAU 15	La relation au Territoire	18
TABLEAU 16	Pourcentage de membres des Premières Nations qui connaissent une langue autochtone par groupe d'âge au Canada, 2001 et 2006	19
TABLEAU 17	Pourcentage de la population inuit ayant déclaré parler l'inuktitut comme langue maternelle et comme langue parlée à la maison, et pourcentage ayant déclaré connaître l'Inuktitut au Canada et dans les régions en 1996 et 2006	19

TABLEAU 18	Pourcentage de la population métisse connaissant une langue autochtone, selon le groupe d'âge, Canada 2006	20
TABLEAU 19	Percentage of First Nation Adults Living on Reserve Who Consider Traditional Spirituality and Religion Important in Their Lives	20
TABLEAU 20	Pourcentage des adultes des Premières Nations vivant sur réserve qui considèrent que la spiritualité et la religion traditionnelles sont importantes dans leurs vies	22
TABLEAU 21	L'impact des écoles résidentielles sur les adultes des Premières Nations vivant sur réserve, 2002-2003	23
TABLEAU 22	Racisme subit par des adultes des Premières Nations vivant sur réserve et impact perçu sur l'estime de soi, 2002-2003	24
Annexes		
TABLEAU 23	Problèmes chroniques de santé les plus fréquents chez les enfants des Premières Nations vivant sur réserve, 2002-03	27
TABLEAU 24	Problèmes de santé à long terme les plus fréquents chez les jeunes des Premières Nations vivant sur réserve, 2002-03	27
TABLEAU 25	Problèmes de santé à long terme fréquents chez les adultes des Premières Nations vivant sur réserve, et chez les autres adultes au Canada	28
TABLEAU 26	Indice de masse corporelle, population à domicile de 15 ans et plus, ayant un statut autochtone et vivant hors réserve, Canada 2001-2002	28
TABLEAU 27	Pourcentages des adultes de 15 ans et plus ayant souffert d'un épisode de dépression majeure dans les 12 derniers mois selon le statut autochtone hors réserve	29
TABLEAU 28	Pourcentage des jeunes des Premières Nations vivant sur réserve et déclarant un sentiment de tristesse, de mélancolie ou de dépression depuis deux semaines ou plus.	29
TABLEAU 29	Importance de conserver, apprendre ou réapprendre une langue autochtone, par groupe d'âge au sein de la population métisse vivant hors réserve de 15 ans ou plus en 2001	30
TABLEAU 30	Qui aide les enfants autochtones à apprendre une langue autochtone? (Canada, 2001)	30
TABLEAU 31	Fréquentation des pensionnats autochtones par les Autochtones vivant hors réserve et par les adultes des Premières Nations vivant sur réserve	31

Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones

1.0 Introduction

Ce rapport de recherche décrit les inégalités en matière de santé auxquelles font face les divers peuples autochtones du Canada à partir des données disponibles.¹ Les données portent sur les déterminants sociaux de la santé au cours du cycle de vie et fournissent non seulement la preuve d'importantes disparités en santé au sein des groupes autochtones, une situation qui s'applique également lorsque la comparaison est faite avec les peuples non autochtones, mais font également le lien entre les déterminants sociaux et les inégalités en matière de santé et ce, à des niveaux proximaux, intermédiaires et distaux. Le Modèle intégré de santé autochtone, qui fait intervenir le parcours de vie et les déterminants sociaux, est présenté en tant que structure conceptuelle prometteuse afin de comprendre les relations entre les déterminants sociaux et divers aspects de la santé, en plus d'examiner les différents parcours de santé au cours de la vie.

Les données utilisées sont issues d'une documentation diverse et souvent limitée et sont destinées à appuyer les affirmations présentées par les auteurs de cet article, ainsi que par d'autres auteurs, sur les disparités en matière de santé chez les peuples autochtones ainsi qu'à identifier jusqu'à quel point les déterminants sociaux de la santé font obstacle à la réduction des disparités en santé. Des tableaux supplémentaires ont été inclus dans les annexes afin d'appuyer les données et l'analyse présentée dans le texte.

2.0 Les déterminants sociaux de la santé autochtone

Mis à part un nombre restreint d'observations, les répercussions distinctes des déterminants sociaux de la santé dans la vie des peuples autochtones sont très peu connues. De plus, il est évident que les dimensions physiques, émotionnelles, psychologiques et spirituelles de la santé chez les enfants, les jeunes et les adultes sont influencées de façons distinctes par un vaste éventail de déterminants sociaux (1-13). On compte parmi ces derniers les circonstances de vie et l'environnement, ainsi que les structures, organisations, et établissements qui influencent le développement et le maintien de la santé, tous allant, le long d'un continuum, de l'excellence à la médiocrité. Les déterminants sociaux de la santé peuvent être classés selon les catégories suivantes : distaux (par exemple, les contextes historiques, politiques, sociaux et économiques), intermédiaires (par exemple, les infrastructures, ressources, réseaux et capacités communautaires), et proximaux (par exemple, les comportements par rapport à la santé, l'environnement physique et social) (14-16).

Les déterminants sociaux influencent une grande variété de vulnérabilités et de capacités en matière de santé ainsi que de comportements et de modes de gestion reliés à la santé. Les individus, communautés et nations qui font face à des inégalités reliées à des déterminants sociaux de la santé doivent non seulement faire face à un fardeau supplémentaire de problèmes

¹ Le terme « Autochtone » fait référence aux personnes ayant déclaré appartenir à au moins un groupe autochtone, c.-à-d. Premières Nations (Indien de l'Amérique du Nord), Métis ou Inuit (Eskimo). Sont aussi comprises les personnes n'ayant pas déclaré une identité autochtone, mais ayant déclaré être un Indien des traités ou un Indien inscrit ou un membre d'une bande indienne ou d'une Première Nation.

sanitaires, mais ont souvent un accès limité aux ressources susceptibles de régler ces problèmes. Non seulement les déterminants sociaux ont-ils des répercussions sur les diverses dimensions de la santé, mais ils sont aussi responsables de problèmes de santé qui mènent souvent à diverses circonstances de vie et à des environnements qui, en retour, constituent ultérieurement des déterminants de la santé. Par exemple, le fait de vivre avec un faible revenu a été identifié comme étant une cause d'augmentation des maladies et des handicaps. Les maladies et handicaps, en retour, représentent un déterminant social diminuant les possibilités d'exercer une activité à but lucratif, ce qui mène à une aggravation de la pauvreté (17-20).

Les chercheurs et personnes responsables du développement des politiques en matière de santé sont parvenus à un accord préliminaire en dressant une liste détaillée des déterminants sociaux qui influencent la santé des individus, communautés et populations. Les mécanismes et contextes à travers lesquels les déterminants sociaux influencent la santé demeurent moins bien articulés. Lorsque vient le temps de faire face aux problèmes de santé, nos connaissances de l'effet des déterminants sociaux de la santé, à l'exception du rôle joué par les systèmes de santé, sont limitées. Les chercheurs commencent tout juste à dresser un plan des interconnexions complexes qui existent et font la démonstration de ces liens de façon empirique (9, 11-12).

2.1 Le contexte socio-économique

L'impact des déterminants sociaux s'exprime de façon différente au sein des différents groupes autochtones du Canada, qui sont eux-mêmes, de manière globale, distincts des autres groupes autochtones existant à travers le monde. Chez les peuples autochtones, il existe un certain nombre de déterminants sociaux historiques et contemporains partagés qui ont modelé la santé et le bien-être des individus, familles, communautés et nations (1, 21). Historiquement, les ancêtres des trois groupes autochtones ont subi les effets de la colonisation, de l'imposition des établissements et des systèmes coloniaux ainsi que la perturbation de leur mode de vie. Cependant, des distinctions du point de vue de l'origine, de la forme et de l'impact de ces déterminants sociaux ainsi que les différents peuples impliqués doivent être également prises en compte si l'on veut que les interventions en santé mènent à des résultats positifs. Par exemple, alors que les mécanismes et les impacts de la colonisation ainsi que l'historique et le néo-colonialisme sont semblables parmi les groupes autochtones, des politiques particulières telles que la Loi sur les Indiens ont manifestement nui à la vie et la santé des peuples des Premières Nations. Les Premières Nations entretiennent des liens uniques avec le gouvernement du Canada concernant les dispositions prises dans le cadre de la Loi sur les Indiens de 1876, qui inclut les soins de santé. Les impacts actuels du processus colonial peuvent être observés dans les domaines politiques, sociaux et économiques (22).

Pour les peuples des Premières Nations, les Inuit et dans une moindre mesure les Métis, le processus colonial a mené à une diminution de l'autodétermination et à un manque d'influence dans les politiques relatives aux communautés et aux individus autochtones (23). Tous les groupes autochtones ont souffert de la dépossession de leurs ressources territoriales, linguistiques et socioculturelles. Le racisme, la discrimination et l'exclusion sociale sont également des expériences partagées par les groupes autochtones, les Métis souffrant en outre souvent d'exclusion de la part de groupes des Premières Nations et de groupes inuit.

Les peuples autochtones subissent les handicaps économiques de manière différente; les Métis se trouvent généralement dans des situations socio-économiques plus favorables que celles des Premières Nations, qui à leur tour vivent dans des conditions généralement meilleures que les Inuit. En général, les communautés éloignées, qu'il s'agisse de groupes métis, inuit ou des Premières Nations, souffrent de lacunes du point de vue du développement économique, qui pourrait contribuer à améliorer les problèmes de santé reliés au statut socio-économique (24).

2.2 *Un point de vue holistique de la santé*

Les idéologies autochtones adoptent un concept holistique de la santé qui reflète des dimensions physiques, spirituelles, émotives et psychologiques. Cependant, c'est l'interrelation de ces dernières qui est peut-être la plus remarquable. Il est maintenant largement admis dans la littérature et, dans certaines limites, dans les pratiques générales relatives à la santé, qu'une approche « silo » ou compartimentée envers la prévention et le traitement des mauvais états de santé ne permet pas de saisir la complexité des principaux problèmes de santé. Ceci s'applique tout particulièrement aux peuples autochtones qui, historiquement, ont pratiqué une approche collectiviste au sein de leurs institutions et de leurs processus sociaux, plus particulièrement en ce qui concerne les façons dont la santé est perçue et prise en considération (25-29).

2.3 *Parcours de vie – enfance, jeunesse et vie adulte*

La santé est non seulement vécue à travers des dimensions physiques, spirituelles, émotives et psychologiques, mais également tout au long du parcours de vie. Le parcours d'une vie débute avec la gestation, durant laquelle le profil de santé et les déterminants sociaux influencent les ressources des femmes enceintes. Vient ensuite le développement de la petite enfance, dans lequel les caractéristiques des environnements physique et psychologique ont non seulement des répercussions sur la santé actuelle des enfants, mais préparent aussi le terrain à des vulnérabilités et aux capacités de résilience dans le futur (30-36).

Bien que les déterminants sociaux exercent des effets semblables sur les enfants, les jeunes et les adultes, ils ont tendance à provoquer différents problèmes de santé à chaque étape de la vie. Au départ, les premières années peuvent être conceptualisées en deux phases où se chevauchent la petite enfance et l'enfance tardive. Les conséquences du développement de la petite enfance et de l'enfance tardive apparaissent pour la première fois de façon évidente à l'adolescence, lorsque les déterminants sociaux continuent d'affecter les divers éléments reliés au bien-être de l'adolescent. Tout comme l'enfance, la vie adulte peut être divisée en deux phases intégrées, desquelles se distingue la vieillesse en tant que phase sujette à des vulnérabilités et des conditions de santé particulières (30-36).

Non seulement les déterminants sociaux exercent-ils un impact différent sur la santé tout au long de la vie, mais les problèmes de santé qui en résultent peuvent eux-mêmes devenir responsables de conditions (c'est-à-dire de déterminants) qui, par la suite, influencent la santé. Par exemple, la pauvreté est associée à une augmentation de la consommation d'alcool ou d'autres drogues, ce qui peut conduire à des environnements familiaux stressants et à une diminution du soutien social, deux conditions qui, parmi d'autres, sont reliées à la dépression (37-38).

Des environnements physiques tels que le logement surpeuplé ont été associés au stress chez les trois groupes d'âge (39-40). Cependant, chez les adultes, ces conditions peuvent aussi indirectement conduire à l'abus d'alcool ou d'autres drogues et à des difficultés à exercer leur rôle de parent, situations susceptibles de mener à de faibles résultats scolaires chez les jeunes et les enfants. Cette interaction particulière de problèmes de santé reliés aux différentes étapes de la vie est d'abord causée par un déterminant social qui contribue à la création d'un environnement dans lequel se développent les jeunes et les enfants. Si un environnement moins favorable est présent, les enfants et les jeunes devront non seulement faire face à des obstacles entravant leur développement physique, émotif, intellectuel et spirituel, mais les difficultés rencontrées risquent également de créer des sources de stress additionnelles pour les familles et les communautés. Dans de tels cas, l'abus d'alcool ou d'autres drogues et la violence chez les jeunes ainsi que des problèmes comportementaux chez les enfants ont été reliés au logement surpeuplé (27).

2.4 Remarque sur la pertinence des données relatives à la santé publique autochtone

Si l'on compare la situation actuelle avec celle d'il y a vingt ans, on peut constater une augmentation importante de la quantité et de la qualité des données relatives à la santé autochtone. L'enquête de Statistique Canada auprès des peuples autochtones (EAPA) (41), qui a débuté en 1991, a constitué un important avancement même si le nombre de questions relatives à la santé est limité dans cette enquête à caractère général. De plus, l'enquête longitudinale régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) a, depuis 1997, procuré une quantité de nouvelles informations sur les populations vivant dans des réserves (42-44).

Il subsiste, en ce qui concerne l'information issue des enquêtes sur la santé (nous aborderons plus bas d'autres types de données), d'importantes lacunes et défis qui limitent la portée du présent document. Les données disponibles sont :

- Fragmentées, dans la mesure où les sondages individuels n'incluent pas tous les groupes autochtones. Au fil du temps, l'EAPA, par exemple, est devenue moins inclusive. Elle est encore très profitable en ce qui a trait aux populations vivant hors réserve, mais, de façon générale, ne s'étend pas aux réserves. L'ERS est valable pour les populations vivant sur réserve, mais n'inclut pas les peuples des Premières Nations vivant hors réserve ainsi que les Inuit ou les Métis.
- Souvent, les données ne concordent pas dû au fait que différentes autorités sont responsables de différentes enquêtes dont les méthodologies diffèrent. Même si un concept est mesuré dans plus d'une enquête, les questions peuvent avoir été formulées différemment, d'où l'obtention de résultats que l'on ne peut comparer.
- D'importantes lacunes demeurent à la base des informations fournies par les enquêtes. Statistique Canada fait couramment des enquêtes sur une foule de questions portant sur des sujets tels que les limitations d'activités, l'emploi du temps et l'adaptation aux nouvelles technologies, le vieillissement de la population et le passage à la retraite ou encore la sécurité publique et les victimes de crimes. Cependant, les individus issus de communautés des Premières Nations vivant sur réserve sont presque toujours exclus des enquêtes et le suivi des Autochtones vivant hors réserve (incluant les Métis et Inuit) peut être trop clairsemé pour permettre une analyse détaillée (particulièrement à des unités géographiques plus petites que le niveau national ou provincial/territorial).

D'autres genres de données relatives à la santé publique sont également problématiques. Smylie (2006) a travaillé avec des données relatives à la santé concernant l'état civil, les services de santé, la surveillance, les nourrissons/enfants en bas âge. Elle a, entre autres, identifié les problèmes suivants :

- Le manque d'une identification exacte et complète des individus autochtones et, en réalité, le fait qu'aucune question ne soit posée au sujet de l'appartenance autochtone.
- La fragmentation des données résultant du fait que les systèmes de santé diffèrent selon l'appartenance ethnique autochtone, la géographie (par exemple sur ou hors réserve) et la juridiction (par exemple provinciale et fédérale).
- L'utilisation de sources de données et de méthodologies non conformes aux normes. Par exemple, les taux de mortalité infantile pour les individus appartenant aux communautés des Premières Nations vivant au sein de réserves sont basés sur des

données de l'état civil de qualité inégale provenant de quatre provinces de l'Ouest, combinées avec les données recueillies de postes de soins infirmiers situés dans d'autres parties du pays. Les chiffres qui en résultent sont considérés comme une sous-estimation par comparaison avec d'autres données disponibles pour certaines régions, mais qui sont recueillies selon des normes plus strictes.

- L'omission de mesures de la santé culturellement adaptées, qui reflètent des points de vue autochtones.

Ces limites des données restreignent le présent rapport de recherche de deux façons. En premier lieu, elles signifient que nous sommes rarement capables de rendre compte de données comparables à un même niveau pour tous les différents groupes autochtones. Tandis que cette comparaison est possible à l'aide du recensement, ce dernier permettant aussi des comparaisons avec le reste de la population canadienne, elle est généralement impossible avec d'autres sources de données. En second lieu, cela signifie que nous devons éviter de présenter certains types de données, tels que les taux de mortalité chez l'enfant ou l'adulte, qui devraient normalement être incluses dans ce genre de rapport en tant que mesures des résultats, mais qui, dans le cas des peuples autochtones, peuvent ne pas être fiables ou manquer de validité externe.

En résumé, tandis que des progrès considérables en matière de données concernant la santé publique autochtone ont été réalisés, les données que nous possédons demeurent bien en deçà du standard de qualité pour les données relatives au reste des Canadiens. Étant donné qu'une base de données sur la santé de qualité constitue la pierre angulaire de la recherche en santé et du développement de politiques publiques basées sur des preuves, l'Agence de la santé publique du Canada devrait se soucier de cette question.

3.0 Les déterminants proximaux de la santé

Selon l'Indicateur du développement humain des Nations Unies, qui mesure la santé par le biais de la longévité, du niveau de scolarité et de l'alphabétisation des adultes, les peuples des Premières Nations du Canada se situent au 63^e rang mondial (45). Dans la même veine, l'indice de bien-être des collectivités (IBC) des Premières Nations développé par les Affaires indiennes et du Nord Canada, qui mesure le niveau d'éducation, la participation à la main-d'œuvre, les revenus et le logement, indique que 65 des 100 communautés les moins en santé du Canada sont des communautés autochtones (45).

Les déterminants proximaux de la santé incluent des conditions qui ont des conséquences directes sur la santé physique, émotionnelle, psychologique ou spirituelle. Par exemple, dans des conditions de promiscuité, qui sont le plus profondément vécues chez les Inuit, les enfants ne disposent souvent que de peu d'espace pour jouer ou étudier et les adultes d'aucun espace privé pour relaxer (46-47). Dans plusieurs cas, ces conditions agissent comme facteur de stress qui augmente les possibilités de difficultés d'apprentissage et comportementales chez les enfants et les adolescents, ainsi que l'abus d'alcool ou d'autres drogues et les autres problèmes sociaux chez les adultes (48-49). Dans le même ordre d'idées, la violence familiale, qui est vécue à un moment ou un autre par près de trois quarts des femmes vivant sur réserve (50-51), a des conséquences directes sur les dimensions familiales de la santé, particulièrement celle des femmes, menant à des impacts négatifs sur la santé physique et émotionnelle des enfants.

Les mécanismes à travers lesquels les déterminants proximaux influencent la santé ne sont pas bien définis dans la documentation. Cependant, quelques chercheurs ont énoncé des suggestions provisoires qui semblent être appuyées par les données épidémiologiques relatives à la santé autochtone. En plus de minimiser la capacité à répondre aux besoins de survie de base (c'est-à-dire la pauvreté), des déterminants proximaux défavorables peuvent contribuer à

l'augmentation des facteurs de stress qui, à leur tour, peuvent générer ou exacerber les problèmes de santé (52). Qui plus est, les individus acquièrent des compétences et des ressources permettant de faire face aux défis relatifs à la santé et de développer des comportements de santé tout au long de leur vie. Ces compétences et ressources aident les gens à faire face aux défis, à la maladie et aux blessures (53-55). Lorsque les déterminants proximaux de la santé ne permettent pas le contrôle des ressources matérielles de base de la vie, faire des choix, qui sont la clef de la santé, devient impossible.

TABLEAU 1
Le bien-être des communautés inuit, des Premières Nations et d'autres communautés canadiennes, 2001

Communauté	Résultat IBC en 1991 (moyenne)	Résultat IBC en 2001 (moyenne)
Inuit	0,63	0,69
Premières Nations	0,58	0,66
Autres Canadiens	0,77	0,81

Certaines recherches suggèrent que l'état de santé des personnes est influencé par le type de communauté ou de voisinage dans lequel ces dernières vivent. Les Affaires indiennes et du Nord canadien ont créé l'Indice de bien-être des collectivités qui mesure la cote composite d'une communauté, selon les caractéristiques de ses résidents – en particulier leur revenu, leur niveau d'éducation, la disponibilité et la qualité des logements, ainsi que les caractéristiques de la population active (taux de participation et d'emploi). Le Tableau 1 montre que la Valeur du bien-être des collectivités chez les communautés des Premières Nations et les communautés inuit est nettement inférieure à celle des autres communautés canadiennes. Cependant, l'analyse de l'évolution temporelle de la valeur du BC montre qu'elle s'améliore chez les trois types de communautés. Elle montre également un certain degré de convergence au cours de la période 1991-2001.

3.1 *Comportements en matière de santé*

Les comportements en matière de santé constituent des déterminants proximaux de la santé bien connus. Chez les peuples autochtones, les comportements en matière de santé les plus pertinents incluent l'abus ou le mauvais usage de l'alcool, qui, dans tous les cas, est relié à des taux de mortalité plus élevés (56) et l'usage excessif du tabac, qui mène à des effets sur la santé clairement identifiés, soit de hauts taux de maladies cardiaques ainsi que des taux croissants de cancer du poumon (57-60). Un suivi prénatal médiocre ainsi que la consommation d'alcool et de tabac durant la grossesse ont également été reliés à un développement physique, psychologique et intellectuel insuffisant chez les enfants autochtones. Finalement, le manque d'exercice ainsi qu'une mauvaise alimentation ont été associés à l'épidémie de diabète de type II chez les adultes autochtones ainsi qu'à des taux croissants de cette maladie chez les jeunes autochtones (62-64). Ces comportements liés à la santé doivent être replacés dans le contexte socio-économique de la santé autochtone, pour éviter qu'une perspective individuelle prédomine les analyses.

TABLEAU 2

Usage du tabac déclaré par les adultes issus des communautés des Premières Nations vivant sur réserve, les adultes autochtones vivant hors réserve et les adultes non autochtones vivant au Canada

Usage du tabac	Premières Nations sur réserve	Autochtones hors réserve	Non-Autochtones
Quotidien	46,0	41,5	22,1
Occasionnel	12,8	9,9	4,4

Les adultes autochtones sont plus de deux fois plus susceptibles de fumer la cigarette que les autres adultes canadiens (tableau 2). D'autres sources de données nous démontrent également que les taux d'usage du tabac ont considérablement décliné au sein des populations non autochtones, mais sont restés relativement stables chez les adultes autochtones. Les répercussions de taux d'usage du tabac si élevés sont sérieuses en ce qui concerne l'incidence du cancer du poumon et d'autres types de cancers et de problèmes respiratoires.²

TABLEAU 3

Mères faisant usage du tabac durant la grossesse, Premières Nations vivant dans les réserves et reste du Canada. 2002-2003 (pourcentage)

Usage du tabac	Mères des Premières Nations sur réserve	Toutes les mères canadiennes
Ont fumé pendant la grossesse	36,6	19,4
Ont fumé plus de 10 cigarettes par jour durant la grossesse	15,0	5,3
Ont fumé pendant le dernier trimestre	32,2	17,2

Les mères issues de communautés des Premières Nations vivant dans les réserves sont presque deux fois plus susceptibles de fumer pendant la grossesse que les autres mères canadiennes, et cette tendance s'applique également aux mères fumant moins de dix cigarettes par jour ou à celles fumant pendant le troisième trimestre de la grossesse (Tableau 3).

TABLEAU 4

Adultes issus de communautés des Premières Nations vivant dans les réserves et habitant dans un logement sans fumée, 2002-2003 (pourcentage)

Usage du tabac dans le logement	Adultes des Premières Nations sur réserve (pourcentage)
Vit dans un logement sans fumée	47,6
Ne vit pas dans un logement sans fumée	52,4

Plus de la moitié des adultes issus de communautés des Premières Nations vivant sur réserve est exposée à de la fumée de tabac d'un ou plusieurs fumeurs dans leur logement (Tableau 4).

² L'Enquête auprès des peuples autochtones définit les adultes comme étant les individus de 15 ans et plus alors que dans l'Enquête régionale sur la santé les adultes sont définis comme les personnes de 18 ans et plus.

3.2 L'environnement physique

L'environnement physique joue un rôle déterminant dans la santé des populations. Des environnements grandement nuisibles à la santé ont été imposés aux peuples autochtones à la suite d'anciennes dépossessions de territoires traditionnels et des structures actuelles des réserves et des établissements. Parmi les effets omniprésents de la mise en place de ces structures, on note l'important manque de logements et une qualité médiocre des logements déjà existants (65-67). Le manque de logements abordables a créé des situations de promiscuité au sein des communautés des Premières Nations et des communautés inuit ainsi que de l'itinérance chez les Autochtones vivant en milieu urbain. Plusieurs des logements situés sur réserve sont surpeuplés et n'ont pas une aération adéquate, d'où l'apparition excessive de moisissures qui ont été reliées, chez les enfants autochtones, à de nombreux problèmes de santé sévères incluant l'asthme et les allergies (68-70).

Les peuples autochtones vivant dans des communautés rurales et dans des réserves éloignées font face à une grande insécurité alimentaire liée aux défis que représente l'acquisition d'aliments commerciaux et traditionnels. (71-75). Les coûts de transport des aliments commerciaux dans les régions éloignées signifient que des aliments sains et nutritifs ne sont pas abordables pour la plupart des familles autochtones. La pauvreté limite non seulement la mesure dans laquelle les individus et les familles peuvent avoir accès à des aliments commerciaux, mais rend les coûts relatifs à la chasse à l'aide de méthodes modernes hors de portée pour plusieurs d'entre eux (76-78). Finalement, une hygiène et une gestion des déchets médiocres, une alimentation en eau peu sûre ainsi qu'un manque de ressources communautaires représentent des conditions physiques qui mettent en danger la santé des peuples autochtones (79).

TABLEAU 5

Réparations nécessaires aux logements sur réserve (2002-2003) et au Canada (2003)

Type de réparations nécessaires	Demeures sur réserves	Demeures canadiennes
Réparations majeures	33,6	7,5
Réparations mineures	31,7	26,9
Entretien régulier seulement	24,0	65,6

Il a été démontré que la qualité du parc de logements d'une communauté est un important déterminant de la santé. Les mauvaises conditions des logements situés au sein de réserves sont démontrées dans le tableau 5, qui montre qu'un tiers des logements nécessitent des réparations majeures, par comparaison à un taux de 8 pour cent seulement pour les logements canadiens.³ D'autres données issues de l'Enquête longitudinale régionale sur la santé des Premières Nations révèlent que presque la moitié des répondants ont rapporté la présence de moisissures dans leur logement au cours des douze mois précédant l'enquête.

³ Les demeures nécessitant des réparations majeures sont celles qui, selon le jugement du répondant, nécessitent des réparations majeures du système de plomberie ou de l'électricité ou de réparations structurales aux murs, aux planchers, aux plafonds, etc.

TABLEAU 6

Pourcentage d'Inuit, Métis et des membres des Premières Nations vivant dans des logements surpeuplés au Canada en 2006

Conditions de logement	Inuit	Métis	Première Nation	Non Autochtone
Vivant dans un logement surpeuplé	31	3	15	3
Vivant dans un logement nécessitant des réparations majeures	28	14	28	7

À l'exception des Métis, les peuples autochtones du Canada sont plus susceptibles de vivre dans des logements surpeuplés que les Canadiens non autochtones (le logement surpeuplé désigne plus d'une personne par pièce) (Tableau 6). Ceci s'applique tout particulièrement aux Inuit qui courent dix fois plus de risques de vivre dans des conditions de promiscuité. Cependant, des améliorations ont été apportées entre 1996 et 2006. En 1996, 36 pour cent des Inuit, 7 pour cent des Métis ainsi que 20 pour cent des membres des Premières Nations vivaient dans des logements surpeuplés. Ces conditions ont été reliées à des effets sur la santé, dont un risque accru de transmettre des maladies infectieuses, des infections graves du tractus respiratoire inférieur et des taux plus élevés de blessures, de problèmes de santé mentale et de tensions familiales (62-64).⁴

La qualité des logements est également un sujet de préoccupation. Les Inuit, les Métis et les peuples des Premières Nations sont de deux à quatre fois plus susceptibles de vivre dans des logements qui demandent des réparations majeures et la situation se dégrade avec le temps chez les Inuit et les Premières Nations. En 1996, le pourcentage d'Inuit vivant dans des logements ayant besoin de réparations majeures était de 19 pour cent et, en ce qui concerne les Premières Nations, de 26 pour cent. Chez les Métis, la situation s'est quelque peu améliorée au cours de cette décennie.

3.3 *Emploi et revenus*

Les différents rapports et articles de recherche montrent de façon claire les rôles joués par les diverses dimensions du statut socio-économique (SSE) sur les conditions de santé. Conséquemment à la colonisation, au colonialisme, au racisme systémique et à la discrimination, les peuples autochtones n'ont pas eu accès aux ressources et aux conditions nécessaires à l'optimisation du SSE (22). Ce désavantage se manifeste actuellement par de forts taux de chômage, de rares opportunités économiques, de mauvaises conditions de logement, de faibles taux d'alphabétisation et d'éducation ainsi que des ressources communautaires limitées (24).

En ce qui concerne la pauvreté elle-même, la conséquence la plus largement discutée touche au manque d'accès aux ressources matérielles telles que des aliments à forte teneur en nutriments, qui mène à de forts taux d'obésité et de diabète, causant une mauvaise santé des systèmes cardiovasculaire et rénal (80-85). La pauvreté est également reliée à l'exclusion sociale, une mauvaise cohésion sociale et des taux de criminalité plus élevés. Dans le cas des peuples autochtones, l'exclusion sociale empêche, à son tour, les individus de poursuivre leur éducation et leur formation (87). Un fait probablement encore plus grave concerne le manque de contrôle engendré par la pauvreté, qui crée de l'anxiété, de l'insécurité, une mauvaise estime de soi ainsi qu'un sentiment d'inutilité (88-93). À ces facteurs s'ajoutent d'autres formes de stress psychologique, qui ont été reliées à la violence, la toxicomanie, la négligence parentale et un manque de soutien social. L'accumulation de ces facteurs de stress psychologiques mène souvent à une santé mentale déficiente et à une vulnérabilité accrue aux infections, ainsi qu'au

⁴ Le « surpeuplement » est défini par plus d'un occupant par pièce. Les salles de bain, halls d'entrée et vestibules ainsi que les pièces destinées aux affaires ne sont pas inclus dans le calcul..

diabète, à la haute pression sanguine et à la dépression (94). De plus, le suicide a été relié à une santé mentale déficiente et à l'abus d'alcool ou d'autres drogues qui, à leur tour, ont été reliés à l'exclusion sociale et à la pauvreté (95-96).

TABLEAU 7

Certaines caractéristiques de la population active⁵ au sein de la population d'identité autochtone⁶ du Canada âgée de 15 ans et plus, recensement de 2001

Caractéristiques de la population active	Tous les Autochtones	Indiens d'Amérique du Nord	Métis	Inuit	Total non-Autochtones
Taux de participation ⁷	61,4	57,3	69,1	62,5	66,5
Taux d'emploi ⁸	49,7	44,6	59,4	48,6	61,8
Taux de chômage ⁹	19,1	22,2	14,0	22,2	7,1

Le tableau 7 montre des inégalités significatives en ce qui concerne la participation des peuples autochtones à l'économie. Les peuples autochtones sont moins susceptibles de faire partie de la population active (taux de participation) que les autres Canadiens, et encore moins d'être employés (taux d'emploi). Lorsqu'ils font partie de la population active, leur taux de chômage est de deux à trois fois plus élevé que celui des autres Canadiens. Parmi les peuples autochtones, les Indiens d'Amérique du Nord sont les plus désavantagés.

TABLEAU 8

Selected Income Characteristics of the Aboriginal Identity Population in Canada, 15 years of Age and over, 2001 Census

Caractéristiques du revenu	Total Autochtones	Indiens d'Amérique du Nord	Métis	Inuit	Total non-Autochtones
Salaire d'emploi moyen (temps plein, à l'année, en dollars)	33 416	32 176	34 778	36 152	43 486
Salaire d'emploi moyen (temps partiel, partie de l'année, en dollars)	13 795	12 837	15 386	12 866	19 383
Pourcentage du revenu total provenant de transferts gouvernementaux	20,8	24,3	15,7	20,3	11,5
Revenu médian (total)	13 525	12 263	16 342	13 699	22 431
Incidence de faibles revenus en 2000 (personnes vivant au sein d'une famille, en %)	31,2	37,3	24,5	21,9	12,4
Incidence de faibles revenus en 2000 (personnes vivant seules, en %)	55,9	59,8	51,7	56,8	37,6

⁵ Réfère aux individus qui occupent ou non un emploi

⁶ N'inclut pas les personnes qui donnent plus d'une appartenance en référence à leur identité autochtone.

⁷ Réfère aux individus faisant partie de la population active exprimé sous forme d'un pourcentage de la population totale de 15 ans et plus.

⁸ Réfère aux individus occupant un emploi, pourcentage de la population de 15 ans et plus.

⁹ Réfère aux individus sans emploi, exprimé sous la forme d'un pourcentage des individus faisant partie de la population active.

Nous avons établi que les Autochtones du Canada sont moins susceptibles d'occuper un emploi. Lorsqu'ils trouvent du travail, leur revenu annuel d'emploi est considérablement moins élevé que celui des autres Canadiens. Ceci s'applique aux emplois à temps complet et à temps partiel, ou aux situations concernant un emploi exercé seulement pendant une partie de l'année. Des inégalités encore plus frappantes sont évidentes lorsque l'on s'attarde au revenu total reçu au cours de l'année. Par exemple, pour les Indiens d'Amérique du Nord, le revenu médian était de 12 613 \$ en 2000, par comparaison à un revenu atteignant presque le double (22 431 \$) pour les autres Canadiens (tableau 8). À cause de forts taux de chômage et de faibles revenus, il n'est pas surprenant de voir que les revenus provenant de transferts gouvernementaux, tels que l'aide sociale, constituent une composante du revenu total plus importante chez les Autochtones que chez les autres Canadiens.¹⁰

TABLEAU 9

Pourcentage des gens, parmi les Autochtones vivant hors réserve et les non-Autochtones, déclarant que leur état de santé est passable ou mauvais selon le revenu du ménage, Canada, 2000-2001.

Niveau de revenu du ménage	Autochtone	Non-Autochtone
Faible	34 ^{*11}	25
Moyen	26 [*]	16
Élevé	14 [*]	9

Nous avons déjà suggéré que le niveau de revenu a une influence sur les résultats au niveau de la santé. Les données du tableau 9 confirment à ce sujet que le pourcentage d'adultes autochtones et non autochtones déclarant leur état de santé comme étant passable ou mauvais diminue alors que le niveau de revenu augmente. Le tableau démontre aussi que l'écart entre les taux d'autodéclaration de l'état de santé demeure statistiquement significatif ($p=0,05$) même lorsque l'on compare des individus ayant un revenu familial identique ou similaire.

Bien sûr, nombreux sont les autres déterminants de la santé tels que le niveau d'éducation, la situation géographique, le statut d'emploi, etc. Pourrait-on expliquer les lacunes statistiques entre les résultats en matière de santé si un grand nombre des déterminants connus étaient inclus dans une analyse à variables multiples? L'article duquel est tiré le tableau ci-dessus entreprend ce genre d'analyse et conclut que, selon les résultats en matière de santé introduits comme variable dépendante, l'écart diminue, mais ne disparaît pas. Cet écart, appelé résidu inexplicé, suggère qu'il doit y avoir « autre chose » qui contribue aux résultats inégaux en matière de santé chez les peuples autochtones, quelque chose qui n'a pas encore été identifié ou mesuré de façon satisfaisante. Ceci soutient indirectement la notion que les effets d'un traumatisme historique (par exemple un manque d'autodétermination) peuvent effectivement constituer un déterminant de la santé chez les populations autochtones.

¹⁰ L'incidence des faibles revenus réfère au pourcentage de familles (au sens économique) ou d'individus seuls dépensant plus de 20 % en moyenne sur la nourriture, le logement et les vêtements.

¹¹ * indique une valeur significativement différente des estimations pour les non-Autochtones. Les pourcentages ont été standardisés selon l'âge en fonction de la population canadienne. *Contact Tjepkema for the exact figures which are not recorded on his chart.*

TABLEAU 10

Pourcentage des gens ayant vécu un épisode dépressif majeur au cours de l'année précédente selon le revenu du ménage et le statut d'Autochtone vivant hors réserve, Canada 2000, 2001

Niveau de revenu du ménage	Autochtones	Non-Autochtones
Faible revenu	21* ¹²	13
Revenu moyen	13*	9
Revenu élevé	7	6

Les différences d'états de santé observées entre les populations autochtones et non autochtones peuvent être expliquées par le fait que ces deux populations diffèrent au point de vue d'autres aspects déterminants de la santé tels que le revenu et l'éducation. Cependant, le tableau 10 – alors qu'il ne contrôle qu'une seule variable – suggère qu'il y a plus que cela. Lorsque l'on compare les adultes autochtones et non autochtones ayant le même niveau de revenu, des différences entre les probabilités de vivre un épisode dépressif majeur continuent d'être observées. Cette différence est réduite à des niveaux non significatifs sur le plan statistique ($p=0,05$) uniquement dans la catégorie des revenus élevés.¹³

3.4 Éducation

L'éducation, qui est une composante du SSE, influe sur la santé de nombreuses manières. À titre d'exemple, une éducation inadéquate vient souvent de pair avec un certain degré d'analphabétisme, qui affecte la capacité à acquérir de l'information sur une nutrition adéquate ou la préparation d'aliments sains. Une éducation insuffisante diminue aussi les compétences requises par le marché du travail, menant souvent à l'occupation d'emplois à faibles revenus (97). La pauvreté et l'exclusion sociale qui en résultent, toutes deux vécues de manière disproportionnée chez les peuples autochtones, augmentent les risques d'instabilité familiale, qui se nt souvent par le divorce et la monoparentalité (98).

Des preuves indiscutables font état d'inégalités dans la répartition des ressources et des possibilités chez les peuples autochtones du Canada (99). Le domaine de l'éducation en est un exemple. Malgré le nombre croissant d'Autochtones, particulièrement de femmes, qui atteignent des niveaux d'éducation postsecondaires, des possibilités d'apprentissage inadéquates pour la plupart des adultes donnent lieu à un manque de capacités à promouvoir l'éducation auprès de leurs enfants (100). Environ 50 % des jeunes Autochtones abandonneront ou seront renvoyés de l'école secondaire, ce qui entraîne de faibles taux d'alphabétisation et d'embauche ainsi qu'une augmentation de la pauvreté au sein des générations futures (101).

¹² *indique une valeur significativement différente des estimations pour les non-Autochtones. Les pourcentages ont été standardisés selon l'âge en fonction de la population canadienne. *Contact Tjepkema for the exact figures which are not recorded on his chart.*

¹³ Dans L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, un événement dépressif majeur est diagnostiqué à l'aide d'une série de questions qui mesurent un ensemble de symptômes de désordres dépressifs. Le revenu par ménage est obtenu en calculant le revenu annuel total divisé par le nombre de personnes par ménage.

Percentages have been age standardized to the Canadian population.

Deux régions sociosanitaires ont été exclues de l'analyse.

* Significativement différent des estimations pour les non-Autochtones

TABEAU 11

Degré d'éducation le plus élevé atteint dans les populations d'identité autochtone du Canada pour les personnes âgées de 15 ans et plus, recensement de 2001.

Plus haut niveau d'éducation atteint	Total Autochtones	Indien d'Amérique du Nord	Métis	Inuit	Total non-Autochtones
Moins qu'un diplôme d'éducation secondaire	48,0	50,6	42,2	57,7	30,1
Diplôme d'éducation secondaire	9,9	9,0	11,9	6,2	14,2
Certaine éducation postsecondaire	12,6	12,7	12,4	12,8	10,8
Certification professionnelle	12,1	11,5	13,6	11,1	10,8
Certificat ou diplôme de niveau collégial	11,6	10,7	13,4	9,5	15,1
Diplôme ou certificat universitaire (inférieur à un baccalauréat)	1,4	1,4	1,4	0,8	2,6
Baccalauréat	3,4	3,2	4,0	1,6	10,8
Formation universitaire de 2 ^e cycle	0,4	0,4	0,5	0,1	1,6
Diplôme de maîtrise	0,5	0,5	0,7	0,2	2,8
Doctorat obtenu	0,1	0,1	0,1	0,04	0,6
TOTAL	100,0	100,1	100,2	100,0	100,1

Le tableau 11 indique clairement à quel point les Autochtones sont désavantagés en ce qui a trait au niveau d'éducation. Chez les Autochtones, le pourcentage des individus âgés de 15 ans et plus qui ont terminé des études inférieures au niveau secondaire est de l'ordre de 50 pour cent, par comparaison à 30 pour cent chez le reste des Canadiens. Il a été démontré que le fait de quitter l'école avant d'avoir terminé des études de niveau secondaire réduit de façon considérable les perspectives d'emploi, le revenu et d'autres conditions de vie tout au long de la vie, incluant des résultats en matière de santé (83, 92).

Un autre aspect touche à la représentation très limitée des Autochtones dans les cohortes d'étudiants aux cycles supérieurs, particulièrement en ce qui a trait à l'obtention de certificats, diplômes et autres diplômes postsecondaires. Les Inuit figurent parmi les populations autochtones les plus désavantagées en ce qui concerne le niveau d'éducation.

3.5 Insécurité alimentaire¹⁴

La pauvreté a des impacts manifestes en matière de santé, car elle détermine en partie le genre d'aliments auxquels les gens ont accès et ce qu'ils ont les moyens d'acheter. Ainsi, les gens ayant des revenus moins élevés sont susceptibles de vivre un stress relié à l'insécurité alimentaire qui résulte d'un apport alimentaire compromis lorsqu'il ne leur est plus possible d'avoir accès à de la nourriture.

TABLEAU 12

Prévalence de l'insécurité alimentaire selon le niveau et certaines caractéristiques de la population à domicile du Canada à l'exception des Territoires, 1998-1999 (pourcentages)

Insécurité alimentaire	Toute forme d'insécurité	Diète compromise
Membres de ménages vivant de l'aide sociale	58	53
Membres de ménages à faibles revenus	35	30
Mères seules avec enfants	32	28
Autochtones hors réserve	27	24
Enfants de 0 à 17 ans	14	11
Total, Canada	10	8

En 1998 et 1999, les Autochtones vivant hors réserve étaient presque trois fois plus susceptibles de vivre dans des ménages en situation d'insécurité alimentaire que le reste des Canadiens (27 pour cent contre 10 pour cent). Le tableau 12 montre que cette condition est fortement liée à de faibles revenus ainsi qu'à la monoparentalité, deux situations qui, comme nous le savons par le biais d'autres données, sont plus susceptibles de se produire au sein des ménages autochtones. Ainsi, les résultats témoignant d'une grande prévalence de l'insécurité alimentaire chez les Autochtones ne sont pas surprenants. Dans la documentation, l'insécurité alimentaire est liée aux résultats en matière de santé incluant de multiples conditions chroniques, l'obésité, la détresse et la dépression.¹⁵

Jusqu'à maintenant, nous avons abordé la question des déterminants proximaux de la santé en tant que déterminants au niveau individuel – c'est-à-dire, des caractéristiques spécifiques aux individus telles que la pauvreté menant à des résultats précis en matière de santé au niveau individuel tels que le stress ou l'obésité. Cependant, un travail a été fait afin d'agrèger les caractéristiques de niveaux individuels en moyennes communautaires, et de construire des échelles de bien-être au niveau communautaire.

¹⁴ L'insécurité alimentaire fait référence à « toute insécurité » incluant des inquiétudes relatives à la quantité de nourriture disponible en raison du manque d'argent au cours des 12 derniers mois ainsi qu'une « diète compromise » réfère à la quantité ou la qualité des éléments consommés par une personne en raison d'un manque d'argent.

¹⁵ (1) Dans L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, un événement dépressif majeur est diagnostiqué à l'aide d'une série de questions qui mesurent un ensemble de symptômes de désordres dépressifs.

(2) Le revenu par ménage est obtenu en calculant le revenu annuel total divisé par le nombre de personnes par ménage.

(3) Les pourcentages ont été standardisés selon l'âge en fonction de la population canadienne.

(4) Deux régions sociosanitaires ont été exclues de l'analyse.

(5) * indique une valeur significativement différente des estimations pour les non-Autochtones.

4.0 Les déterminants intermédiaires de la santé

Alors que les déterminants proximaux représentent le fondement de nombreux problèmes de santé chez les peuples autochtones, les déterminants intermédiaires peuvent être représentés comme étant à l'origine de ces déterminants proximaux. Par exemple, la pauvreté ainsi que des environnements physiques délétères proviennent d'un manque d'infrastructures, de ressources et de capacités communautaires ainsi que d'une gérance environnementale restreinte. Dans le même ordre d'idées, des soins de santé et des systèmes d'éducation inéquitables bloquent l'accès ou le développement de comportements encourageant la santé, les ressources et les possibilités. L'interaction des déterminants intermédiaires est particulièrement évidente au niveau de la connexion entre la continuité culturelle et d'autres déterminants intermédiaires, qui exercent tous une influence directe sur les déterminants proximaux.

4.1 Systèmes de soins de santé

Afin de prendre conscience des avantages liés aux prestations d'un système de soins de santé avancé, les individus canadiens doivent pouvoir jouir d'accès physiques, politiques et sociaux à ces services, ce qui est rarement le cas chez les peuples autochtones (102-103). Le système fédéral de prestation des soins de santé aux membres inscrits des Premières Nations ressemble à un collage de programmes de santé publique au sein duquel on retrouve une obligation limitée de rendre des comptes, une prestation fragmentée et une ambiguïté des juridictions (104-105). Qui plus est, les services de santé actuels se penchent principalement sur les maladies transmissibles tandis que les taux de mortalité et de morbidité ne cessent d'augmenter chez les peuples autochtones en raison de maladies chroniques. L'accès social aux soins de santé est également limité ou refusé aux peuples autochtones en raison d'un système de santé qui ne prend en compte ni la culture, ni la langue, ni les déterminants de la santé des peuples autochtones (106-109).

TABLEAU 13

L'utilisation et l'accès aux soins de santé par la population vivant à domicile âgée de 15 et plus, selon le statut d'Autochtone vivant hors réserve au Canada et dans les Territoires du Nord-Ouest, 2000-2001¹⁶

Utilisation et accès	Canada		Territoires	
	Autochtone	Non-Autochtone	Autochtone	Non-Autochtone
Contact avec un professionnel de la santé au cours des 12 derniers mois				
Médecin généraliste	76,8	78,7	58,8*	75,9
Ophtalmologue	37,9	38,0	35,3	39,1
Autre docteur médical	24,7*	28,9	15,1*	24,1
Infirmière	16,8*	9,8	49,0*	22,0
Dentiste	45,2*	59,4	45,0*	53,5
A un médecin régulier	76,4*	83,9	31,1*	67,0
Besoins en santé non comblés	19,6*	12,7	18,4	13,6

¹⁶ * Significativement différent des estimations pour les non-Autochtones

Un autre déterminant de résultats positifs en matière de santé concerne l'accès aux services requis sur une base régulière. Le tableau 13 montre différents types d'utilisations des soins de santé professionnels et suggère un accès plus limité aux médecins et dentistes. Cette situation est plus frappante au nord, où les infirmières jouent des rôles de plus grande importance. De plus, un pourcentage plus élevé d'Autochtones déclare ne pas pouvoir accéder aux soins dont ils ont besoin.¹⁷

TABLEAU 14
Les obstacles empêchant l'accès aux services de santé chez les adultes des Premières Nations vivant au sein de réserves, 2002-0318

Obstacles à l'accès	Adultes des Premières Nations sur réserve
(1) Obstacle systémique	
Liste d'attente trop longue	33,2
Non couvert par le SSNA	20,0
Autorisation refusée par le SSNA	16,1
Incapable d'organiser un moyen de transport	14,5
(2) Obstacle lié aux besoins particuliers des Premières Nations	
Perçoit que les soins de santé reçus étaient inadéquats	16,9
Service n'est pas approprié culturellement	13,5
Difficulté à obtenir des soins traditionnels	13,4
A décidé de ne pas consulter un professionnel de la santé	10,9
(3) Obstacle lié à la géographie et à la disponibilité des services	
Médecin ou personnel infirmier non disponible dans ma région	18,5
Service non disponible dans ma région	14,7
Infrastructure de santé non disponible	10,8
(4) Facteur économique	
Ne peut pas assumer les frais de transport	13,7
Ne peut pas assumer les coûts des soins et services	13,2
Ne peut pas assumer les coûts liés aux soins aux enfants	7,1

Comme dans le cas des autres Canadiens, les adultes des Premières Nations vivant sur réserve éprouvent de la difficulté à accéder aux services de soins de santé en raison de longues listes d'attente (tableau 14). Cependant, ils sont également limités du fait que des services dont ils ont besoin ne sont pas couverts ou approuvés par le régime fédéral de services de santé non assurés pour les Autochtones, et que les médecins ou le personnel infirmier ne sont pas disponibles dans leur région. L'impression que les soins de santé offerts étaient inadéquats ou inappropriés sur le plan culturel fait partie des obstacles souvent mentionnés. Le fait que de nombreux adultes des Premières Nations vivent dans des communautés rurales et plus éloignées avec de très faibles revenus a mené à de nombreux obstacles économiques à l'accessibilité aux soins de santé.

¹⁷ * Significativement différent des estimations pour les non-Autochtones

¹⁸ Les données de l'Enquête régionale sur la santé ne sont disponibles que pour les membres des Premières Nations vivant sur réserve. Des informations équivalentes pour les Métis et les Inuit ne sont pas disponibles.

4.2 *Systèmes d'éducation*

Une éducation adéquate, ce dont continuent d'être privés à de nombreux égards les peuples autochtones, exerce un impact majeur sur le revenu, l'emploi et les conditions de vie. Des parents instruits ont non seulement des salaires plus élevés, améliorant ainsi les déterminants proximaux de la santé, mais ils transmettent également les valeurs de l'éducation et de l'apprentissage continu à la génération suivante (110-111). Les programmes préscolaires ont démontré un « rendement sur l'investissement » très favorable chez les enfants autochtones (112). En fait, l'éducation a non seulement été corrélée avec un développement optimal de l'enfant, mais il a été également montré qu'elle atténue certains des effets d'un piètre développement de l'enfant sur la santé de l'adulte (113). Malgré cela, des programmes tels que le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones continuent de ne pas recevoir suffisamment de financement (27). De la même façon, même si les avantages des programmes d'études « adaptés à la culture » ont prouvé qu'ils parvenaient à garder les étudiants autochtones de niveau secondaire sur les bancs d'école, la plupart des programmes scolaires continuent de ne pas mettre l'accent sur le contenu ou les méthodes d'apprentissage autochtones (114). Finalement, les systèmes d'éducation ordinaires portent peu attention aux déterminants sociaux qui peuvent empêcher les enfants et la jeunesse autochtones à tirer le maximum de leur éducation.

4.3 *Infrastructures communautaires, ressources et capacités:*

La santé des individus et de leurs familles est, dans une large mesure, influencée par la communauté dans laquelle ils vivent. Dans le cas des peuples autochtones, l'Assemblée des Premières Nations, parmi d'autres, soutient que le développement économique est un déterminant de la santé jouant un rôle de première importance (115-118). Des infrastructures ainsi que des possibilités de développement limitées ont fortement contribué à l'insécurité économique et à la marginalisation avec, ultérieurement, des privations parmi les membres de la communauté. De plus, des ressources sociales insuffisantes, telles que des individus qualifiés capables de développer ou de mettre sur pied des programmes, restreignent l'accès au financement des communautés autochtones. Lorsque les communautés vivent dans des situations où les programmes sont fragmentés et ne reçoivent pas suffisamment de financement et dans lesquelles la bureaucratie augmente la responsabilité communautaire sans augmenter simultanément les pouvoirs, des stress et paralysies peuvent apparaître sur le plan communautaire (119).

4.4 *Gérance environnementale*

La gérance environnementale a été largement reconnue en tant que déterminant intermédiaire de la santé jouant un rôle primordial (1). En fait, des attaches traditionnelles à l'environnement naturel sont généralement considérées comme une ressource importante de l'état de santé prééminent des Autochtones avant la colonisation européenne des Amériques (120). Malheureusement, les 500 dernières années ont vu s'opérer une transition rapide entre une relation saine avec la nature et la dépossession ainsi que la perte de pouvoirs. Les peuples autochtones ne gèrent plus leurs territoires traditionnels et n'ont pas le droit d'obtenir leur part des profits générés par l'extraction et la manipulation des ressources naturelles. Enfin, la contamination de la faune, des poissons, de la végétation et de l'eau a éloigné encore plus les peuples autochtones de l'environnement naturel qui, autrefois, assurait la santé de la communauté (120).

TABLEAU 15
La relation au territoire

Relation au territoire	Pourcentage
Pourcentage de répondants adultes rapportant un progrès dans la relation des membres des Premières Nations au territoire	
Progrès	11,1
Pas de progrès	45,5
Pourcentage d'adultes rapportant consommer régulièrement des aliments traditionnels	
Nourriture riche en protéines telle que le gibier et le poisson	59,3
Petits fruits et autres produits végétaux	21,8
Autres aliments des Premières Nations tels que la banique, le pain frit ou la soupe de maïs	42,2

L'enquête régionale sur la santé révèle qu'une proportion importante des adultes des Premières Nations entretient encore des liens avec la terre en ce qui a trait aux ressources alimentaires, mais très peu d'entre eux croient que des progrès ont été réalisés au sein de leur communauté concernant le renouvellement de leur relation à la terre (Tableau 15).

4.5 Continuité culturelle

Une étude de référence menée par Chandler et Lalonde (1998) a révélé que, parmi les peuples des Premières Nations de la Colombie-Britannique, les taux de suicide (qui sont fortement liés aux déterminants proximaux) variaient considérablement et étaient associés à une foule de caractéristiques faisant partie de ce qui est appelé la « continuité culturelle » (121). La continuité culturelle peut être décrite comme étant le degré de cohésion sociale et culturelle au sein de la communauté. Selon Chandler et Lalonde, de faibles taux ou l'absence de suicide dans une communauté semblent être en lien avec : les titres fonciers, l'autonomie gouvernementale (particulièrement l'implication des femmes), le contrôle de l'éducation, la sécurité et les aménagements culturels ainsi que le contrôle des politiques et des pratiques de programmes sociaux et de santé. La continuité culturelle implique également un des liens intergénérationnels qui sont maintenus à travers des familles intactes et l'engagement des aînés, qui transmettent les traditions aux générations qui les suivent (121).

TABLEAU 16

Pourcentage des membres des Premières Nations qui connaissent une langue autochtone par groupe d'âge au Canada, 2001 et 2006

Groupes d'âge	Total 2001	Sur réserve 2001	Hors réserve 2001	Total 2006	Sur réserve 2006	Hors réserve 2006
Tous les âges	30	50	14	29	51	12
0 à 14 ans	21	36	8	21	39	6
15 à 24 ans	25	44	10	24	43	9
25 à 44 ans	33	58	17	30	56	13
45 à 64 ans	45	71	26	39	67	21
65 à 74 ans	56	79	33	50	79	26
75 ans et plus	59	83	31	52	83	24

Dans l'ensemble, on constate que le pourcentage des individus des Premières Nations qui déclarent connaître une langue autochtone reste stable à près de 30 pour cent (tableau 16), mais ceci masque le fait que de légers gains sont faits de la part des populations sur réserve et que l'on assiste à quelques pertes de la part de ceux vivant hors réserve. Il y a lieu de s'inquiéter, car les pourcentages hors réserves sont très bas et les jeunes sont moins susceptibles de déclarer connaître une langue autochtone en comparaison avec les groupes d'individus plus âgés. (Voir les annexes – tableaux 29 et 30).

TABLEAU 17

Pourcentage de la population inuit ayant déclaré parler l'inuktitut comme langue maternelle et comme langue parlée à la maison¹⁹, et pourcentage ayant déclaré connaître²⁰ l'inuktitut au Canada et dans les régions en 1996 et 2006

Regions	Inuktitut langue maternelle, 1996	Inuktitut langue maternelle, 2006	Inuktitut langue à la maison, 1996	Inuktitut langue à la maison, 2006	Connaissance de l'inuktitut	Connaissance de l'inuktitut 2006
Canada	68	64	58	50	72	69
Inuit Nunaat, total	79	78	69	63	84	84
Total hors de l'Inuit Nunaat	13	14	4	4	16	15

L'usage de la langue inuktitut par les Inuit est assez courant, particulièrement dans l'Inuit Nunaat ou les territoires inuit tels que le Nunavik et le Nunavut où il approche les 100 pour cent (tableau 17). Cependant, des comparaisons entre 1996 et 2006 suggèrent que l'usage de la langue est en déclin.

¹⁹ « Langue maternelle » réfère à la première langue apprise à la maison durant l'enfance et toujours comprise.

« Langue parlée à la maison » réfère à la langue la plus couramment utilisée à la maison.

²⁰ « Connaissance » réfère à une langue dans laquelle le répondant peut mener une conversation.

TABLEAU 18

Pourcentage de la population métisse connaissant une langue autochtone, selon le groupe d'âge, Canada 2006.

Groupe d'âge	Connaissance d'une langue autochtone (pourcentage)
14 ans et moins	2
15 à 24 ans	2
25 à 44 ans	3
45 à 64 ans	6
65 à 74 ans	9
75 ans et plus	12

En contraste avec les populations inuit et les Premières Nations, le pourcentage des Métis connaissant une langue autochtone est considérablement bas, et ce, particulièrement dans le cas des plus jeunes (tableau 18). D'autres résultats montrent que le cri est la langue la plus courante des Métis, suivi par le dene et l'ojobway. Très peu d'entre eux parlent le michif, la langue traditionnelle des Métis, dans laquelle on retrouve un mélange des langues crie et française.

TABLEAU 19

Pourcentage des adultes des Premières Nations vivant sur réserve qui considèrent que la spiritualité et la religion traditionnelles sont importantes dans leurs vies.

Indicateur	Adultes des Premières Nations vivant sur réserve
La spiritualité traditionnelle est très importante ou importante dans ma vie	76,4
La religion est très importante ou importante dans ma vie	70,3

Selon l'enquête régionale sur la santé, près de trois quarts des adultes des Premières Nations vivant sur réserve considèrent que la spiritualité et la religion traditionnelles sont très ou assez importantes dans leurs vies (tableau 19).

5.0 Déterminants distaux de la santé

Les déterminants distaux ont les effets les plus marqués sur la santé des populations parce qu'ils représentent les contextes politiques, économiques et sociaux qui façonnent les déterminants intermédiaires et proximaux. Dans le cas des peuples autochtones, bien que des différences intra et intergroupes existent (122), le colonialisme, le racisme et l'exclusion sociale, ainsi que la répression de l'autodétermination, agissent dans une large mesure comme déterminants distaux desquels tous les autres déterminants découlent. Les recherches historiques montrent clairement un lien entre les inégalités sociales créées par le colonialisme et les maladies, les handicaps, la violence et les décès précoces auxquels font face les peuples autochtones au Canada (123).

D'après Kelm (1998), « la colonisation est un processus qui inclut l'intrusion géographique, la dislocation socioculturelle, la mise en place d'un contrôle politique externe et la dépossession économique, la faible offre de services sociaux de base et ultimement la création de formules idéologiques portant sur la race et la couleur de peau qui place le colonisateur à un niveau d'évolution plus élevé que le colonisé » (123). Alors

que le néocolonialisme influence de façon nuisible la santé des peuples autochtones d'aujourd'hui, les événements historiques et la succession d'événements traumatisants continuent à affecter les générations par le biais de ce qui a été appelé un « traumatisme historique ou culturel » (124). Le fardeau collectif d'un système colonial répressif a créé des conditions de désavantages physiques, psychologiques, économiques et politiques pour les peuples autochtones.

5.1 Colonialisme

Le colonialisme agit sur la santé des peuples autochtones en produisant des inégalités sociales, politiques et économiques qui se transmettent par la construction de déterminants intermédiaires et proximaux défavorables (124). Les mécanismes particuliers du colonialisme agissent dans différents domaines tels que les relations environnementales, les politiques sociales et le pouvoir politique.

Les impacts du colonialisme sur les relations des peuples autochtones avec l'environnement ont débuté avec leur dépossession et leur déplacement en dehors de leurs terres traditionnelles au 20^e siècle. En substance, la possibilité de chasser, de trapper ou de pêcher pour la subsistance a été restreinte ou interdite. Plusieurs auteurs autochtones affirment que le traumatisme historique auquel font face de nombreux peuples autochtones est ancré dans ce déracinement territoire (4). Les découvertes des chercheurs, selon lesquelles la récolte traditionnelle est liée à un meilleur rapport avec le territoire, un plus grand sens d'autosuffisance et une santé générale améliorée, abondent dans le même sens (22).

Le programme politique du système politique colonial du 20^e siècle était de déposséder culturellement les peuples autochtones et de les assimiler à la culture dominante. Ce programme apparaît limpide à la vue des législations et des politiques sociales encourageant l'assimilation par des ressources et des possibilités, tout en punissant la rétention culturelle par la création d'inégalités (22).

Le mécanisme le plus puissant d'assimilation a probablement été les pensionnats autochtones qui sont souvent considérés comme étant en première ligne du génocide et des efforts de resocialisation des peuples autochtones (125-126). À travers ces écoles, la culture, la langue, les liens familiaux et les réseaux communautaires ont été détruits pour des générations d'enfants des Premières Nations, Métis et Inuits. Il en a résulté des changements socioculturels importants et dévastateurs chez les peuples autochtones, incluant l'éloignement par plusieurs de leurs ancêtres et de leur culture.

TABLEAU 20

L'impact des pensionnats sur les adultes des Premières Nations vivant sur réserve, 2002-2003

Caractéristiques liées à la fréquentation des pensionnats autochtones	Pourcentage
Proportion d'adultes ayant fréquenté un pensionnat	20,3
Proportion des personnes ayant fréquenté un pensionnat rapportant un impact négatif sur leur santé générale et leur bien-être	47,3
Enfants estimant que la fréquentation d'un pensionnat par leurs parents a affecté de façon négative l'éducation qu'ils ont reçue	43,0
Éléments les plus souvent mentionnés témoignant des impacts négatifs de la fréquentation des pensionnats sur la santé et le bien-être des survivants	
Isolement de la famille	81,3
Mauvais traitement verbal ou psychologique	79,3
Discipline brutale	78,0
Perte d'identité culturelle	76,8
Séparation des communautés des Premières Nations ou Inuites	74,3
Témoin de mauvais traitements	71,5
Perte de la langue	71,1
Violence physique	69,2

Une importante dimension du traumatisme historique réside dans l'expérience des étudiants autochtones ayant fréquenté les pensionnats, expérience qui a aujourd'hui encore un impact sur la santé et le bien-être non seulement des survivants, mais aussi de leurs enfants et petits-enfants. Des adultes interviewés dans le cadre de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS), 20 pour cent sont des survivants des écoles résidentielles, un pourcentage qui atteint près de 50 pour cent chez les personnes de plus de 50 ans. Près de la moitié des survivants rapportent que l'expérience a affecté de façon négative leur santé et leur bien-être. Le tableau 20 révèle également que 43 pour cent de leurs enfants croient que l'expérience des pensionnats qu'ont connue leurs parents a eu un impact négatif sur les aptitudes parentales de ceux-ci. Des aspects particuliers de l'expérience des pensionnats autochtones sont identifiés comme contribuant à l'impact négatif sur la santé et le bien-être des survivants (voir Annexes - Tableaux 31 et 32).

5.2 Racisme et exclusion sociale

Le racisme et l'exclusion sociale sont des réalités que connaissent les peuples autochtones depuis le premier contact avec les colonisateurs britanniques. Le système colonial a créé une stratification sociale liée à l'ethnicité d'où a découlé une distribution hiérarchique des ressources, du pouvoir, de la liberté et du contrôle, tous des facteurs qui ont ultimement influencé la santé autochtone (127). L'éducation, le revenu et l'économie sont contrôlés par des politiques sociales qui font de la distribution inéquitable de ces déterminants une question de justice sociale pour les peuples autochtones (128-129). Le racisme et l'exclusion sociale qui en découle continuent à créer des barrières à la participation et la productivité des Autochtones dans l'économie nationale (22). Sans distribution équitable des déterminants de la santé, les peuples autochtones continuent à être exposés à des déterminants intermédiaires et proximaux qui ont un impact négatif sur la santé, accroissant leur vulnérabilité à la maladie et réduisant leur capacité à agir en réaction à un mauvais état de santé.

TABLEAU 21
Racisme subi par des adultes des Premières Nations
vivant sur réserve et impact perçu sur l'estime de soi, 2002-2003

Racisme et ses effets	Pourcentage
Répondants adultes rapportant avoir fait l'expérience de racisme dans les 12 mois précédant le sondage	37,9
Impact perçu du racisme subi sur l'estime de soi du répondant	
Pas d'effet	48,4
Peu d'effet	22,6
Un certain effet	18,9
Beaucoup d'effet	8,1

Les recherches ont établi que les groupes sujets à la discrimination raciale ainsi qu'à d'autres formes de discriminations sont plus à risque de connaître un moins bon état de santé à cause du stress engendré par le fait de vivre dans un environnement chargé racialement (85). Bien que le niveau de racisme affectant des groupes particuliers soit difficile à mesurer, une approche consiste à demander à des répondants s'ils ont été victimes de racisme au cours d'une certaine période de temps. En réponse à une telle question, près de 40 pour cent des adultes des Premières Nations vivant sur réserve disent avoir été victimes de racisme au cours des 12 mois précédant le sondage (Tableau 21). Lorsque les jeunes Autochtones sont victimes d'exclusion sociale, les recherches indiquent que la consommation de drogue et d'alcool augmente (130-131). De plus, 27 pour cent des personnes ayant été victimes de racisme disent que cette expérience a eu un certain impact ou un impact important sur leur estime de soi.²¹

5.3 Autodétermination

L'autodétermination a été citée comme étant le déterminant de la santé chez les peuples autochtones le plus important (132-133). L'autodétermination influence tous les autres déterminants, incluant l'éducation, le logement, la sécurité et les opportunités liées à la santé. Récemment, Chandler et Lalonde ont prouvé ce lien par une relation inverse entre l'autodétermination et le suicide au sein des communautés des Premières Nations en Colombie-Britannique (121).

De façon à mettre en œuvre le plus important déterminant de la santé, soit l'autodétermination les peuples autochtones doivent participer de façon égale aux prises de décisions, et doivent posséder et contrôler leurs terres, leurs économies, leurs systèmes d'éducation ainsi que leurs services sociaux et leurs services de santé. Malheureusement, ce n'est présentement pas le cas; le programme colonial a plutôt appliqué un accès et un contrôle inégaux sur les plans de la propriété, des avoirs économiques et des services de santé. De bien des façons, cette structure restrictive a en fait encouragé un développement social, politique et économique autochtone qui n'est pas autodéterminé.

L'atteinte de l'équité requiert de l'autorité et de la liberté et implique l'obtention d'un pouvoir sur les domaines matériels, psychosociaux et politiques. Malheureusement, les gouvernements coloniaux et les institutions n'agissent pas sur la base de faits concrets, ce qui entraîne une participation inégale des Autochtones dans les institutions politiques qui gouvernent leur sort.

²¹ Les données sur l'estime de soi sont disponibles pour la Nouvelle-Écosse seulement puisque les données nationales ne sont pas publiées. Les données nationales seront ajoutées lorsqu'elles seront disponibles.

TABLEAU 22

Indicateurs de l'autodétermination mesurés selon la présence ressentie de sentiments de dépression et de tristesse chez les adultes des Premières Nations vivant sur réserve, 2002-03

Pourcentage des gens qui sont fortement d'accord	Déprimés	Pas déprimés
Je peux régler les problèmes auxquels je fais face	32.4	38.5
Personne ne me contrôle dans ma vie de tous les jours	33.8	41.0
J'ai un contrôle sur les choses qui m'arrivent	28.0	31.1
Je peux accomplir presque tout ce que je désire entreprendre	35.2	43.2
Je me sens souvent impuissant à gérer les problèmes auxquels je fais face	7.4	4.1
Ce qui m'arrivera dans le futur dépend principalement de moi	37.0	37.6
Je ne peux pas faire grand-chose pour changer les aspects importants de ma vie	10.6	5.9

Certaines recherches ont établi un lien entre l'autodétermination en ce qui concerne la communauté et l'état de santé des membres de la communauté. Il existe également un lien, sur le plan individuel, entre le degré de perception de contrôle personnel sur sa vie d'une part et les sentiments de dépression d'autre part (Tableau 22). (Voir Annexes - Tableau 27 et 28).

6.0 Conclusion

Les données présentées dans ce rapport de recherche démontrent clairement le fardeau que représentent les disparités en santé que subissent tous les peuples autochtones. Cependant, ces disparités ne sont pas homogènes et doivent être prises en compte dans les contextes diversifiés et parfois disparates dans lesquels vivent les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis. Au-delà des seuls comportements liés à la santé, les données démontrent que les déterminants sociaux, et ce à des niveaux proximaux, intermédiaires et distaux, influencent la santé d'une façon complexe et dynamique. Les effets individuels et cumulatifs de l'iniquité des déterminants sociaux de la santé sont clairement apparents dans le mauvais état de santé physique, mentale et psychologique de nombreux peuples autochtones. Des déterminants distaux, intermédiaires et proximaux défavorables sont associés à un stress plus élevé par le biais d'une perte de contrôle, d'un système immunitaire affaibli et d'une moins grande capacité de résilience face aux problèmes sociaux et à la maladie. Les déterminants défavorables sont également associés à une moins grande capacité à faire face à la maladie. L'interaction complexe entre plusieurs déterminants de la santé semble créer des parcours propres à chaque individu qui doivent être pris en compte dans une approche par les déterminants sociaux.

Il est évident qu'un bon état santé prend sa source bien avant la conception, en fonction du contexte historique, politique, économique et social dans lequel nous sommes nés. Après la naissance, les déterminants distaux et intermédiaires continuent à influencer la santé tout au long de la vie d'une personne. Dès la petite enfance, les déterminants sociaux déterminent une trajectoire potentielle qui est seulement modérément modifiable dans le contexte social et économique actuel au sein duquel de nombreux enfants autochtones vivent. L'accès aux ressources de santé pendant cette étape cruciale du développement a des implications tout au long de la vie et particulièrement pour la santé adulte. Marmot (13) a suggéré que « les sources de l'état de santé à l'âge adulte et des inégalités en santé sont ancrées dans la petite enfance » (p 19). Par exemple, les enfants ont besoin d'un environnement en santé de façon à maximiser leur développement cérébral ainsi que leur capacité à apprendre, à se découvrir eux-mêmes et à

découvrir le monde. Un développement sous-optimal a des conséquences non seulement sur la santé adulte, mais également sur la santé des générations futures par le biais d'environnements créés par des adultes en mauvaise santé physique, émotionnelle, mentale ou spirituelle. Les peuples autochtones constituent le groupe démographique qui croît le plus rapidement au Canada, avec près de 60 % de la population ayant moins de 25 ans (134). Les conséquences sur la santé d'environnements de développement non appropriés pour cette population rapidement grandissante d'enfants et de jeunes sont manifestes, graves et potentiellement dévastatrices.

6.1 Rassembler le tout : Le Modèle intégré de parcours de vie et des déterminants sociaux de la santé autochtone (MIPVDSSA)

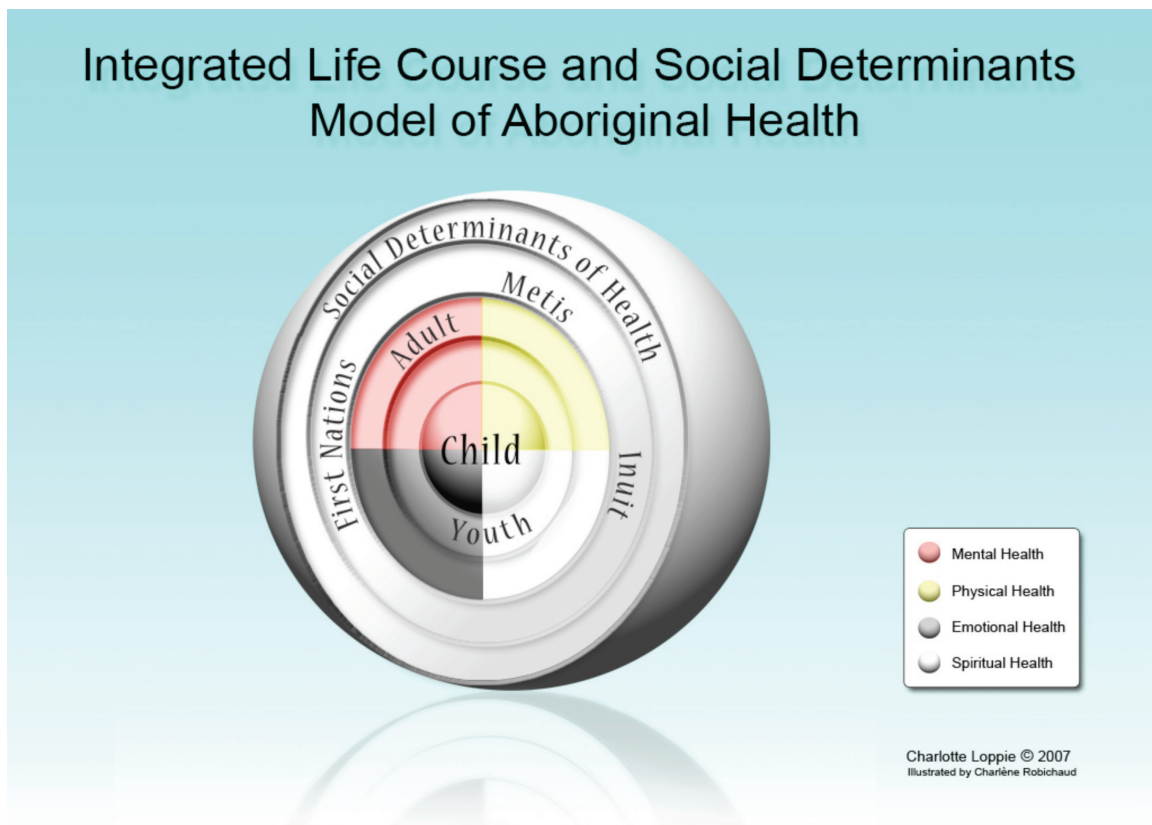
Les contextes et les déterminants de la santé autochtone s'organisent dans un ensemble d'interrelations et d'espaces chevauchants et nécessitent donc un modèle permettant aux chercheurs d'explorer les trajectoires qui influencent la santé et les conditions dans lesquelles une intervention sera efficace. Le *Modèle intégré de parcours de vie et des déterminants sociaux de la santé autochtone* présente les étapes de la vie, les contextes sociopolitiques et les déterminants sociaux sous forme de sphères imbriquées représentant l'origine, l'influence et l'impact, chacune affectant l'autre de façon temporellement et contextuellement dynamique et intégrée. Le modèle incorpore quatre dimensions de la santé au cours de la vie incluant les aspects physique, spirituel, émotionnel et mental. Cette construction multidimensionnelle reflète les contextes et les déterminants autochtones qui ont non seulement un impact direct sur la santé, mais qui interagissent entre eux de façon à créer des vulnérabilités tout comme des potentiels d'atteinte de la santé.

Le MIPVDSSA permet non seulement de procéder à un examen des déterminants sociaux distaux, intermédiaires et proximaux de la santé, mais il permet également une prise en compte des contextes socioéconomiques particuliers, des étapes de la vie et des dimensions de la santé qui agissent comme véhicules par lesquels les déterminants exercent leur influence. Ce modèle encourage l'examen des manières dont les contextes sociopolitiques et les étapes de la vie sont façonnés par les déterminants sociaux de tous les domaines de la santé et, en retour, comment les déterminants sont façonnés par les contextes sociopolitiques.

Le modèle permet également de procéder à une analyse des façons dont les impacts des différents déterminants sur les enfants, les jeunes et les adultes sont filtrés par les différents contextes sociopolitiques autochtones et par les communautés inuit, métis et des Premières Nations (incluant les communautés urbaines et rurales et les réserves). Les contextes sociopolitiques sont non seulement des filtres à travers lesquels les déterminants sociaux influencent la santé, mais constituent également des barrières ou des opportunités dans la réponse aux besoins de santé des enfants, des jeunes et des adultes.

Le MIPVDSSA conceptualise l'origine et l'influence des déterminants sociaux de la santé dans les domaines distaux, intermédiaires et proximaux. Cette classification est basée sur la référence de Marmot (2007) aux « causes des causes » de la santé (13). Les déterminants sociaux proximaux, intermédiaires et distaux de la santé sont filtrés par les contextes socioéconomiques, les étapes de la vie et les dimensions de la santé (physique, émotionnelle, mentale et spirituelle) de manière à façonner le bien-être général. Les sphères reflètent non seulement l'aspect multidimensionnel de chaque domaine de la santé et de ses déterminants sociaux, mais également les liens qui unissent ces domaines. Bien que ce modèle ajoute un degré supplémentaire d'abstraction aux modèles courants de la santé autochtone, il reflète également la réalité de ce qui est maintenant clairement compris comme une interrelation entre les forces sociales, politiques, historiques, culturelles, environnementales, économiques et autres qui façonnent de façon directe et indirecte la santé autochtone.

Un avantage particulier de ce modèle est qu'il permet l'exploration des trajectoires de la santé à travers la vie. Cette notion de trajectoire de santé correspond non seulement à de nombreuses idéologies autochtones qui utilisent des concepts temporels pour comprendre la santé, mais peuvent également faciliter la prédiction des façons dont les vulnérabilités en santé d'origine sociale chez les enfants et les jeunes sont prédictives des problèmes de santé durant la vie adulte. Enfin, l'évaluation des déterminants sociaux de la santé peut mener à des interventions familiales et communautaires qui améliorent les états de santé.



ANNEXES

TABLEAU 23

Problèmes chroniques de santé les plus fréquents chez les enfants des Premières Nations vivant sur réserve, 2002-03

Problème chronique	Pourcentage des enfants des Premières Nations vivant sur réserve
Asthme	14,6
Allergies	12,2
Infections ou problèmes chroniques des oreilles	9,2
Bronchite chronique	3,6
Difficultés d'apprentissage	2,9

Les enfants des Premières Nations vivant sur réserve sont sujets à de nombreux problèmes de santé chroniques ou à long terme qui sont souvent des réactions à des substances étrangères dans l'environnement telles que la fumée de cigarette, le smog et les moisissures. Parmi ces problèmes, les plus courants sont l'asthme, les allergies, les infections des oreilles et la bronchite. Typiquement, la prévalence de ces problèmes de santé est plus grande chez les enfants des Premières Nations que chez les autres enfants canadiens (par exemple pour l'asthme et la bronchite). La prévalence des difficultés d'apprentissage est également source d'inquiétudes.

Source:

Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002/03 : Résultats de l'enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les communautés des Premières Nations, Ottawa : Centre des Premières Nations, Organisation nationale de la santé autochtone, 2005, p. 268, 269.

TABLEAU 24

Problèmes de santé à long terme les plus fréquents chez les jeunes des Premières Nations vivant sur réserve, 2002-03

Problème de santé à long terme	Pourcentage des jeunes des Premières Nations sur réserve
Allergies	15,1
Asthme	13,6
Infections ou problèmes chroniques des oreilles	4,8
Difficultés d'apprentissage	3,5
Bronchite chronique	2,4

Bien que les pourcentages et l'ordre d'importance des problèmes de santé diffèrent légèrement, on remarque que les problèmes de santé récurrents dont souffrent les jeunes sur réserve sont les mêmes que ceux auxquels font face les enfants.

Source:

Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002/03 : Résultats de l'enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les communautés des Premières Nations, Ottawa : Centre des Premières Nations, Organisation nationale de la santé autochtone, 2005, p. 179

TABLEAU 25
Problèmes de santé à long terme fréquents chez les adultes des Premières Nations vivant sur réserve, et chez les autres adultes au Canada

Problème de santé à long terme	Adulte des Premières Nations vivant sur réserve	Indien Amérique du Nord vivant hors réserve	Métis	Inuit	Autres adultes canadiens
Arthrite ou rhumatismes	25,3	20,3	19,5	9,4	19,1
Haute pression sanguine	20,4	12,0	12,7	8,1	16,4
Allergies	19,9	n/a	n/a	n/a	30,3
Diabète	19,7	8,3	5,9	2,3	5,2
Maux de dos chroniques	16,7	n/a	n/a	n/a	21,4

Les problèmes de santé à long terme touchant les adultes des Premières Nations vivant sur réserve tendent à être les mêmes que ceux que connaissent les autres Canadiens, à l'exception du diabète dont la prévalence est beaucoup plus élevée au sein de la population des Premières Nations. Les données suggèrent également que les Autochtones vivant hors réserve tendent à présenter une plus faible prévalence de problèmes de santé que ceux vivant sur réserve, particulièrement dans le cas du diabète. Les taux de diabète sont tout de même généralement plus élevés pour les Autochtones vivant hors réserve que pour les autres adultes canadiens, à l'exception des Inuit²².

TABLEAU 26
Indice de masse corporelle, population à domicile de 15 ans et plus, ayant un statut autochtone et vivant hors réserve, Canada 2001-2002

Indice de masse corporelle	Autochtones hors réserve	Non-Autochtones
Acceptable ou insuffisant	41,8	54,3
Embonpoint	33,5	31,7
Obèse	24,7	14,0

Les adultes autochtones vivant hors réserve ont de plus fortes probabilités d'être obèses que les adultes non autochtones au Canada. D'autres données disponibles nous suggèrent que cette différence est encore plus forte pour les adultes des Premières Nations vivant sur réserve, où les taux d'obésité avoisinent les 36 %; toutefois, les méthodes de calcul ne sont pas comparables de façon stricte.

Notes techniques

- (1) L'indice de masse corporelle (IMC) a été calculé en divisant le poids en kilogrammes par la taille en mètres au carré. Trois catégories de poids ont été identifiées : Acceptable ou insuffisant (IMC de moins de 25), embonpoint (IMC de 25 à 30), et obèse (IMC de 30 ou plus).
- (2) Les pourcentages ont été standardisés en fonction de l'âge par rapport à la population totale canadienne.

²² L'Enquête sur les peuples autochtones définit les adultes comme étant tous les individus de 15 ans et plus. Dans l'Enquête régionale sur la santé, les adultes sont les individus de 18 ans et plus.

Source:

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000/2001, tel que rapporté dans Michael Tjepkema, « La santé des Autochtones vivant hors réserve », *Rapports sur la santé*, Volume 13, 2002, supplément. Ottawa : Statistique Canada, Catalogue 82-003, Tableau 2, p. 8.

TABLEAU 27

Pourcentages des adultes de 15 ans et plus ayant souffert d'un épisode de dépression majeure dans les 12 derniers mois selon le statut autochtone hors réserve

Indicateur de santé mentale	Autochtones hors réserve	Non-Autochtones
A souffert d'un épisode de dépression majeure au cours des 12 derniers mois	13,2*	7,3

Dans l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, un épisode de dépression majeure est diagnostiqué sur la base de questions qui mesurent un ensemble de symptômes relatifs aux troubles dépressifs. Les adultes autochtones vivant hors réserve courent deux fois plus de chances que les autres Canadiens de vivre un épisode dépressif majeur²³.

TABLEAU 28

Pourcentage des jeunes des Premières Nations vivant sur réserve et déclarant un sentiment de tristesse, de mélancolie ou de dépression depuis deux semaines ou plus.

Indicateur de santé mentale	Jeunes femmes	Jeunes hommes
Sentiment de tristesse, de mélancolie, ou de dépression depuis deux semaines ou plus	37,1	18,1

Un fort pourcentage de jeunes des Premières Nations vivant sur réserve déclarent un sentiment de tristesse, de mélancolie ou de dépression depuis deux semaines ou plus. Le Tableau 28 révèle également une différence substantielle entre les jeunes hommes et les jeunes femmes.

Source:

Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002/03 : Résultats de l'enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les communautés des Premières Nations, Ottawa : Centre des Premières Nations, Organisation nationale de la santé autochtone, 2005, p. 221.

²³ Significativement différent des estimations pour les non-Autochtones..

TABLEAU 29

Importance de conserver, apprendre ou réapprendre une langue autochtone, par groupe d'âge au sein de la population métisse vivant hors réserve de 15 ans ou plus en 2001

Groupe d'âge	Très important ou quelque peu important	Peu important ou pas important	Pas d'opinion	Pas déclaré ou refus de répondre
Âgé de plus de 15 ans	49,6	46,4	1,9	1,9
15-24 ans	47,0	48,7	2,2	1,9
25-44 ans	52,9	43,4	1,7	1,8
45-64 ans	47,9	48,4	1,4	2,0
65 et plus	42,6	51,5	3,6	2,2

Typiquement les Autochtones décernent une place importante à la rétention, l'apprentissage ou le réapprentissage de leur langue propre, et les Métis n'y font pas exception. Dans ce tableau, on note que près de la moitié de la population métisse croit qu'il s'agit d'une question importante ou très importante et que cette opinion est relativement constante d'un groupe d'âge à un autre.

Source:

Aboriginal Data Samples for Regional Discussions, Ottawa : Statistique Canada, février/mars 2007, page 9.

TABLEAU 30

Qui aide les enfants autochtones à apprendre une langue autochtone? (Canada, 2001)

Personne qui aide à l'apprentissage de la langue	Inuit	Indien d'Amérique du Nord hors réserve	Première Nation sur réserve	Métis
Parents	86	64	67	62
Grands-parents	46	55	62	51
Enseignants à l'école	54	30	35	30
Tantes et oncles	28	27	31	22
Autres membres de la famille	34	21	23	19
Amis	21	11	10	12
Aînés de la communauté	10	13	17	7
Communauté	17	9	17	5

La continuité culturelle que représente l'enseignement de la langue est assurée principalement par la famille élargie et particulièrement par les parents et les grands-parents. L'enseignement de la langue dans les écoles est également très important.

Source:

Un portrait des enfants autochtones vivant hors réserve : Résultats de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2001, Ottawa : Statistique Canada, Catalogue 89-597-XIF, page 19

Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002/03 : Résultats de l'enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les communautés des Premières Nations, Ottawa : Centre des Premières Nations, Organisation nationale de la santé autochtone, 2005, *Chapitre 27, figure 1, page 237.*

Note technique

Dans le cas des enfants vivant hors réserve, cette question a été posée seulement si la personne interrogée parlait ou comprenait une langue autochtone. Cette restriction n'a pas été appliquée aux personnes vivant sur réserve.

TABLEAU 31

Fréquentation des pensionnats autochtones par les Autochtones vivant hors réserve et par les adultes des Premières Nations vivant sur réserve

Proportion d'adultes ayant fréquenté un pensionnat	Pourcentage
Adultes des Premières Nations vivant sur réserve	20,3
Adulte des Premières Nations vivant hors réserve	8,4
Métis hors réserve	2,5
Inuit	13,0

Ce tableau présente des informations sur la proportion d'adultes ayant fréquenté des pensionnats autochtones. Le pourcentage peut apparaître comme étant faible, ceci étant dû au fait que les survivants des pensionnats autochtones sont maintenant des personnes âgées et que plusieurs d'entre eux sont décédés. Une subdivision de ces chiffres par groupe d'âge révèle, par exemple, que parmi les adultes des Premières Nations vivant sur réserve en 2002-03, la proportion de personnes de 50 ans et plus ayant fréquenté les pensionnats autochtones approche les 50 pour cent.

Sources des données

Les informations sur la population hors réserve proviennent de l'*Enquête auprès des peuples autochtones de 2001*, Statistique Canada, Catalogue 89-592-XIF, Tableaux 7, 11 et 15.

Les données sur la population sur réserve proviennent de l'*Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002/03 : Résultats de l'enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les communautés des Premières Nations*, Ottawa : Centre des Premières Nations, Organisation nationale de la santé autochtone, 2005, Chapitre 13, p. 134.

Note technique :

Dans l'Enquête auprès des peuples autochtones, les adultes sont définis comme étant tous les individus de 15 ans et plus. Dans l'Enquête régionale sur la santé, les adultes sont les individus de 18 ans et plus.

Références

1. Young, T. K. (1988). *Health Care and Cultural Change*. Toronto, ON: University of Toronto Press.
2. Adelson, N. (2005). The embodiment of inequality: Health disparities in Aboriginal Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 96: S45–S61.
3. Waldram, J., Herring, D. & Young, K. (2006). *Aboriginal Health in Canada (2nd Ed). Historical, Cultural, and Epidemiological Perspectives*. Toronto, ON: University of Toronto Press.
4. Wilson K. & Rosenberg M. (2003). Exploring the determinants of health for First Nations peoples in Canada: Can existing frameworks accommodate traditional activities? *Social Science & Medicine*, 55: 2017–31.
5. Commission royale sur les peuples autochtones (1996). *Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones*. Ottawa, ON : Approvisionnement et Services Canada.
6. Jenkins, A., Gyorkos, T., Culman, K., Ward, B., Pekeles, G. & Mills, E. (2003). An overview of factors influencing the health of Canadian Inuit infants. *International Journal of Circumpolar Health*, 62(1): 17–39.
7. Young, T. K. (1994). *The health of Native Americans: toward a biocultural epidemiology*. New York, Oxford University Press.
8. Little, L. (2006) A Discussion of the Impacts of Non-Medical Determinants of Health for Inuit Mental Wellness (Draft). Ottawa, ON: Inuit Tapiriit Kanatami.
9. Steenbeek, A., Tyndall, M., Rothenberg, R., & S. Sheps. (2006). Determinants of Sexually Transmitted Infections among Canadian Inuit Adolescent Populations. *Public Health Nursing*, 23 (6): 531–534.
10. Métis National Council (MNC) (2006). *Proposals for Measuring Determinants and Population Health/Well-Being Status of Métis Peoples in Canada*. Ottawa, ON: Métis National Council, mars.
11. Young, T. K. (1996). Sociocultural and Behavioural Determinants of Obesity Among Inuit in the Central Canadian Arctic. *Social Science and Medicine*, 43(11): 1665–1671.
12. Harris, S. B., Glazier, R. et al. (1998). Disease patterns among Canadian Aboriginal children – Study in a remote rural setting. *Canadian Family Physician*, 44: 1869–1877.
13. Marmot, M. G. (2007). *Mastering the control factor. Part two. The health report*. Radio National.
14. Syme, S. (1989). *Control and health: a personal perspective*. Bruselas: John Wiley & Sons.
15. Syme, S. (2004). Social determinants of health: the community as an empowered partner. *Preventing Chronic Disease* [serial online], 1(1): http://www.cdc.gov/pcd/issues/2004/jan/pdf/03_0001.pdf.
16. Dennis, R(2004). *Social determinants of health: Canadian perspectives*. Toronto, ON: Canadian Scholars' Press.
17. Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 365: 1099–104.
18. Edwards, P. (2007). *Les déterminants sociaux de la santé : un aperçu des répercussions sur les politiques et du rôle du secteur de la santé*. Ottawa, ON : Santé Canada.
19. Syme, L. S. (2007). *Mastering the control factor. Part one. The Health Report*. Radio National.
20. Raphael, D. (2004). Introduction to the Social Determinants of Health. In Raphael, D. (Ed.), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*. Toronto, ON: Canadian Scholars' Press Inc., 1–18.
21. Wilkinson, R. & Marmot, M. (1998). *Les déterminants sociaux de la santé : les faits*. Genève : Organisation mondiale de la santé.

References (suite)

22. Galabuzi, G. (2004). Social Exclusion. In Raphael, D. (Ed.), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*. Toronto, ON: Canadian Scholars' Press Inc., 235–252.
23. Société canadienne d'hypothèques et de logement (2004). Série sur le logement selon les données du recensement de 2001 – Numéro 6 : Révisé Ménages autochtones. *Le point en recherche : Série Socio-économique* 04-036. Ottawa, ON: SCHL, août.
24. Groupe de travail sur les langues et les cultures autochtones (2005). *Le début d'un temps nouveau : Premier rapport en vue d'une stratégie de revitalisation des langues et des cultures des Premières nations, des Inuits et des Métis*. Ottawa, ON : Direction générale des affaires autochtones, Département du patrimoine canadien.
25. Lawn, J., Langner, N. et al. Food consumption patterns of Inuit women. *Int J Circumpolar Health* 1998; 57; Suppl 1: 198–204.
26. Little Bear, L. (2000). Jagged Worldviews Colliding. In Marie Battiste (Ed). *Reclaiming Indigenous Voice and Vision*. Vancouver, BC: UBC Press, pp 77–85.
27. Durie M. (2004). Understanding health and illness: Research at the interface between science and indigenous knowledge. *International Journal of Epidemiology*, 33:1138–43.
28. Richmond, C., Ross, N.A., & Bernier, J. (2007). Exploring Indigenous concepts of health: The dimensions of Métis and Inuit Health. In J. White, D. Beavon, S. Wingert, & P. Maxim (eds). *Aboriginal Policy Research: Directions and Outcomes Volume 4*. Toronto, ON: Thompson Educational Publishing. Forthcoming Spring.
29. Jenkins, A. L., Gyorkos, T. W. et al. (2003). An overview of factors influencing the health of Canadian Inuit infants. *International Journal of Circumpolar Health*, 62(1): 17–39.
30. Guo, S. S., Roche, A. F. et al. (1994). The predictive value of childhood body mass index values for overweight at age 35 y. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 59(4): 810.
31. Moore, L. E., Wilson, R. T. et al. (2005). Lifestyle factors, exposures, genetic susceptibility, and renal cell cancer risk: a review. *Cancer Invest.*, 23(3): 240–55.
32. Serdula, M. K., Ivery, D. et al. (1993). Do obese children become obese adults? A review of the literature. *Preventive medicine*, 22(2): 167.
33. Blair, E. (1996). Why do aboriginal newborns weigh less? Determinants of birthweight for gestation. *Journal of Paediatric Child Health*, 32(6): 498–503.
34. Greenwood, M. (2005). Children as citizens of First Nations: Linking Indigenous health to early childhood development. *Paediatric Child Health*, 10(9): 553–555.
35. Kuh, D., Ben-Shlomo, Y. et al. (2004). *A Life Course approach to Chronic Disease Epidemiology*. New York: Oxford University Press.
36. Smith, G. D., Hart, C. et al. (1997) Lifetime socioeconomic position and mortality: prospective observational study. *British Medical Journal* (Clinical research ed.), 314(7080): 547.
37. Auger, N., Raynault, M. F., Lessard, R., and R. Choinière. (2004). Income and Health in Canada. In Raphael, D. (Ed.), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*. Toronto, ON: Canadian Scholars' Press Inc. 2004: 39–52.
38. Wilson, K. & Peters, E. (2007) "You can make a place for it." Remapping urban Aboriginal spaces of identity. *Environment and Planning D: Society and Space*. Sous presse.
39. Tjepkema, M. (2002). La santé des Autochtones vivant hors réserve. *Rapports sur la santé*, 13: 73–88.
40. O'Donnell, V. et Tait, H. (2003). Enquête auprès des peuples autochtones de 2001 : premiers résultats - *Bien-être de la population autochtone vivant hors réserve*. Ottawa, ON : Statistique Canada.
41. Comité national directeur de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuits et coll. (2004). *First Nations and Inuit regional health surveys, 1997: a synthesis of the national and regional reports*. Ottawa, ON : Organisation nationale de la santé autochtone.

42. Comité sur la gouvernance de l'information des Premières Nations et coll. ERS (2003). *Rapport final de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS)*. Ottawa, ON : Organisation nationale de la santé autochtone.
43. Comité national directeur de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuits (1999). *Rapport final*. Ottawa, ON : Organisation nationale de la santé autochtone.
44. McHardy, M, O. S. E. (2001). *Bien-être des collectivités des Premières nations du Canada : indice du bien-être des collectivités (IBC)*. Ottawa, ON: Direction de la recherche stratégique et de l'analyse, Affaires indiennes et du Nord canadien.
45. Inuit Tapiriit Kanatami (ITK). (2004). *Document d'information sur les Inuits et le logement : Pour discussion à la réunion sectorielle sur le logement, les 24 et 25 novembre à Ottawa*. Ottawa, ON: Inuit Tapiriit Kanatami.
46. Young, T. K. and Mollins, J. (1996). The Impact of Housing on Health: an ecological study from the Canadian Arctic. *Arctic Medical Research*, 55: 52-61.
47. McBride SR. (2001). *Over-representation of Aboriginal students reported with behavioural disorders. A report to the Ministry of Education - British Columbia, Aboriginal Education Branch*. Victoria, BC: Ministry of Education – British Columbia, Aboriginal Education Branch.
48. Société canadienne d'hypothèques et de logement (2004). Série sur le logement selon les données du recensement de 2001 - Numéro 6 : Révisé Ménages autochtones. *Le point en recherche : Série Socio-économique* 04-036. Ottawa, ON : SCHL, août.
49. Assemblée des Premières Nations (2007). *Ébauche de cadre « Équilibre entre les sexes : Réédifier notre cercle sacré »*. Ottawa, ON : Assemblée des Premières Nations.
50. Karmali, S., Laupland, K, H., Findlay, C., Kirpatrick, A.W., Winston, B., Kotbeek, J., Crowshoe, L., & Hameed. M. (2005). Epidemiology of severe trauma among status Aboriginal Canadians: a population-based study. *Canadian Medical Association Journal*, 172(8): 1007-1011.
51. Bernard, L., Lavalley, C. et al. (1995). Overweight in Cree schoolchildren and adolescents associated with diet, low physical activity, and high television viewing. *Journal of the American Dietetic Association*, 95(7): 800.
52. van Rossum, C. S., van de Mheen, H., Grobbee, D.E., & Marmot, M.G. (2000). Employment grade differences in cause specific mortality. A 25-year follow-up of civil servants from the first Whitehall study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 54: 178-184.
53. Richmond, C., Ross, N.A. & Egeland, G.M. (2007). Societal resources and thriving health: A new approach for understanding Indigenous Canadian health. *American Journal of Public Health*, octobre.
54. Kirmayer, L, Simpson, C., and Cargo, M. Healing Traditions: culture, community and mental health promotion with Canadian Aboriginal peoples. *Australasian Psychiatry*, 11 (S1): S15-S23.
55. Comité national directeur de l'Enquête sur la santé, et coll. (2004). *First Nations and Inuit regional health surveys, 1997: a synthesis of the national and regional reports*. Ottawa, ON : Organisation nationale de la santé autochtone.
56. Millar, W. J. (1992). Place of birth and ethnic status: factors associated with smoking prevalence among Canadians. *Health Report*, 4(1): 7-24.
57. Chan, A., Keane, R. J. et al. (2001). The contribution of maternal smoking to preterm birth, small for gestational age and low birthweight among Aboriginal and non-Aboriginal births in South Australia. *Medical Journal of Australia*, 174(8): 389-93.
58. Ritchie, A. J. and Reading J. L. (2004). Tobacco smoking status among Aboriginal youth. *International Journal of Circumpolar Health*, 63(Suppl. 2): 405-9.
59. Chan, A. K. and Robinson, J.S. (2001). The contribution of maternal smoking to preterm birth, small for gestational age and low birthweight among Aboriginal and non-Aboriginal births in South Australia. *Medical Journal of Australia*, 174(8): 389-93.

References (suite)

60. Santé Canada (2002). *Syndrome d'alcoolisation fœtale*. Ottawa, ON: Santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada. Canadian Pediatric Society (2002). Fetal Alcohol Syndrome. *Paediatric Child Health*, 7(3): 161-174.
61. Health Canada (2005). *Syndrome d'alcoolisation fœtale*. Ottawa, ON : Santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada.
62. Campbell, A. (2002). Type 2 diabetes and children in Aboriginal communities: the array of factors that shape health and access to health care. *Health Law Journal*, 10: 147-68.
63. Hanley, A. J., Harris S. B., et al. (2000). Overweight among children and adolescents in a Native Canadian community: prevalence and associated factors. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 71(3): 693.
64. Judd, N. L., Griffith, W. C. et al. (2004). Consideration of cultural and lifestyle factors in defining susceptible populations for environmental disease. *Toxicology*, 198(1-3): 121-33.
65. Bryant, T. (2004). Housing and Health. In Raphael, D. (Ed.), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*. Toronto, ON: Canadian Scholars' Press Inc., 217-232.
66. Morris, K., Morgenlander, M. et al. (1990). Wood-burning stoves and lower respiratory tract infection in American Indian children. *American Journal of Diseases of Children*, 144(1): 105-8.
67. Berghout, J., Miller, J. D. et al. (2005). Indoor environmental quality in homes of asthmatic children on the Elsipogtog Reserve (NB), Canada. *International Journal of Circumpolar Health*, 64(1): 77-85.
68. Strachan, D. P. (2000). The role of environmental factors in asthma. *British Medical Bulletin*, 56(4): 865-82.
69. Lawrence, R. and Martin, D. (2001). Moulds, moisture and microbial contamination of First Nations housing in British Columbia, Canada. *International Journal of Circumpolar Health*, 60(2): 150-6.
70. McIntyre, L., Connor, S. K. et al. (2000). Child hunger in Canada: results of the 1994 National Longitudinal Survey of Children and Youth. *Canadian Medical Association Journal*, 163(8): 961-5.
71. Chan, H. M., Fedliuk, K., Hamilton, S., Rostas, L., Caughey, A., Kuhnlein, H. Egeland, G. and Loring, E. (2006). Food Security in Nunavut, Canada: Barriers and Recommendations. *International Journal of Circumpolar Health*, 65 (5): 416-431.
72. Lambden, J., Receveur, O., Marshall, J., and Kuhnlein, H. V. (2006). Traditional and Market Food Access in Arctic Canada is Affected by Economic Factors. *International Journal of Circumpolar Health*, 65 (4): 331-340.
73. Moffatt, M. E. (1995). Current status of nutritional deficiencies in Canadian Aboriginal people. *Canadian Journal of Physiology & Pharmacology*, 73(6): 754-8.
74. Nutrition Canada (1975). *The Indian Survey report: a report from Nutrition Canada*. Ottawa, ON: Information Canada.
75. Lawn, J., Langner, N. et al. (1998). Food consumption patterns of Inuit women. *International Journal of Circumpolar Health*, 57 (Suppl 1): 198-204.
76. Lawn, J. et Harvey, D. (2003). *La nutrition et la sécurité alimentaire à Kugaaruk, au Nunavut - Enquête de référence pour le projet-pilote lié au programme Aliments-poste*. Ottawa, ON: Ministère des Affaires indiennes et du Nord.
77. Kuhnlein, H. V., Receveur, O. et al. (2004). Arctic Indigenous peoples experience the nutrition transition with changing dietary patterns and obesity. *The Journal of Nutrition*, 134(6): 1447-53.
78. Affaires indiennes et du Nord Canada (2003). *Water Quality and First Nations Communities (Backgrounder)*. Ottawa, ON: Affaires indiennes et du Nord.
79. Anand, S. S., S. Yusuf, et al. (2001). Risk factors, atherosclerosis, and cardiovascular disease among Aboriginal people in Canada: the Study of Health Assessment and Risk Evaluation in Aboriginal Peoples (SHARE-AP). *Lancet*, 358(9288): 1147.

80. Barrett-Connor, E. (1989). Epidemiology, obesity, and non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Epidemiologic reviews*, 11: 172.
81. Slattery, M. L. (2005). What is the role of diet in the development of cancer in American Indian and Alaska native populations? *Journal of Cancer Education*, 20(1 Suppl): 92-6.
82. Murphy, N. J., Schraer, C. D. et al. (1995). Dietary change and obesity associated with glucose intolerance in Alaska Natives. *Journal of the American Dietetic Association*, 95(6): 676-82.
83. Reading, J. (2003). Unravelling the mystery of Type 2 Diabetes in the Oji-Cree. *Canadian Journal of Diabetes*, 27(3): 227-228.
84. Amling, C. L. (2004). The association between obesity and the progression of prostate and renal cell carcinoma. *Urologic oncology*, 22(6): 478-84.
85. Wortley, S. (2003). Hidden intersections: research on race, crime, and criminal justice in Canada. *Canadian Ethnic Studies*, 35(3), 99-117.
86. Galabuzi, G. (2004). Social Exclusion. In Raphael, D. (Ed.), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*. Toronto, ON: Canadian Scholars' Press Inc., 235-252.
87. Daniel, M., Cargo, M. D. et al. (2004). Cigarette smoking, mental health and social support: data from a northwestern First Nation. *Canadian Journal of Public Health*, 95(1): 45-9.
88. Iwasaki, Y., Bartlett, J. et al. (2004). An examination of stress among Aboriginal women and men with diabetes in Manitoba, Canada. *Ethnicity & health*, 9(2): 189-212.
89. Iwasaki, Y., Bartlett, J. et al. (2005). Coping with stress among Aboriginal women and men with diabetes in Winnipeg, Canada. *Social Science & Medicine*, 60(5): 977-88.
90. Kirmayer, L. J., Brass, G. M. et al. (2000). The Mental Health of Aboriginal Peoples: Transformations of Identity and Community. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(7): 607.
91. Mc Ewan, B. S. (2007). *Good stress and bad stress. Mastering the control factor. Part three.* The health report, ABS Radio National.
92. McEwen, B. (2006). Protective and damaging effects of stress mediators: central role of the brain. *Dialogues Clinical Neuroscience*, 8(4): 367-81.
93. Chandler M.J., Sokol, L. C., and Hallett, B. (2003). Personal persistence, identity development, and suicide: a study of Native and Non-native North American adolescents. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 68(2): 1-130, discussion 131-138.
94. O'Neil, J.D. (1994). Suicide among Canadian Aboriginal Peoples. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 31 (1): 3-58.
95. O'Neil, J. D., Moffatt, M. E. K., Tate, R. B. et al. (1994). Suicidal Behaviour among Inuit in the Keewatin Region, NWT. In Petursdottir, G., Sigurdsson, S. B., Karlsson, M. M., Axelsson, J., eds. *Circumpolar Health* 93. Arctic Medical Research, 53 (suppl 2): 558-561.
96. Tsey, K. (1997). Aboriginal self-determination, education and health: Towards a radical change in attitudes to education. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 21(1): 77-83.
97. Smylie J., Williams L. and Cooper N. (2006). Culture-based Literacy and Aboriginal Health. *Canadian Journal of Public Health*, 97, S21-S25.
98. Coryse, C. and Scott, K. (2006). The Determinants of Employment among *Aboriginal Peoples*. Ottawa, ON : Document soumis à la Direction de la recherche en politiques et coordination, Direction générale de la politique stratégique et de la planification de Ressources humaines et Développement social Canada.
99. Condon, R. G. (1990). Adolescence and Changing Family Relations in the Central Canadian Arctic. *Arctic Medical Research*, 49: 81-92.
100. Holland Stairs, A. and Bernhard, J. (2002). Considerations for evaluating 'good care' in Canadian aboriginal early childhood settings *McGill Journal of Education*, 37(3): 309.

References (suite)

101. Cardinal, J. C. (2004). *First Nations in Alberta, a focus on health service use*. Edmonton, AB: Alberta Health & Wellness.
102. Newbold, K. B. (1997). Aboriginal physician use in Canada: location, orientation and identity. *Health Economics*, 6(2): 197–207.
103. Santé Canada (2007). *Aboriginal Health: Current Initiatives*. Ottawa, ON: Santé Canada 2007.
104. Archibald, L. et Grey, R. (2006). *Évaluation de modèles de prestation de soins de santé dans les régions inuites*. Ottawa, ON : Inuit Tapiriit Kanatami.
105. McCormick, R. (1995/6). Culturally appropriate means and ends of counselling as described by the First Nations people of British Columbia. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 18(3): 163–172.
106. Browne, A. J. and Fiske, J.A. (2001). First Nations Women's Encounters With Mainstream Health Care Services. *Western Journal of Nursing Research*, 23: 126.
107. Smye, V. and Browne, A. J. Cultural safety' and the analysis of health policy affecting Aboriginal people. *Nurse Res.*, 9(3): 42–56.
108. Assemblée des Premières Nations (2005). *Santé publique pour les Premières Nations : Un cadre pour l'amélioration de la santé de nos peuples et de nos collectivités*. Ottawa, ON : Assemblée des Premières Nations.
109. Korhonen, M. L (2006). *Literacy and Health: The Importance of Higher-level Literacy Skills*. Ottawa, ON: Centre Ajunnginiq, Organisation nationale de la santé autochtone.
110. Ronson, B. and Rootman, I. (2004). Literacy: One of the Most Important Determinants of Health Today. In Raphael, D. (Ed.), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*. Toronto, ON: Canadian Scholars' Press Inc., 1–18.
111. Greenwood, M., de Leeuw, S. and Ngaroimata Fraser, T. (2007). Aboriginal Children and Early Childhood Development and Education in Canada: Linking the Past and the Present to the Future. *Canadian Journal of Native Education*, 30 (1) 5–18,189–190.
112. Tsey, K. (1997). Aboriginal selfdetermination, education and health: Towards a radical change in attitudes to education. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 21 (1): 77–83.
113. Postlethwaite, K. (2007). Boundary crossings in research: towards a cultural understanding of the research project 'Transforming Learning Cultures in Further Education'. *Educational Review*, 59 (4): 483.
114. Dunn J. R., Hayes, M.V., Hulchanski, S. J., Hwang, D.W. and Potvin, L. (2006). Housing as a Socio-Economic Determinant of Health: Findings of a National Needs, Gaps and Opportunities Assessment. *Canadian Journal of Public Health*, 97 (Supplement 3):S11–S15.
115. Inuit Tapiriit Kanatami (ITK) (2004). *Document d'information sur les possibilités économiques : Aux fins de discussion à la Réunion sectorielle sur les possibilités économiques, qui aura lieu les 13 et 14 décembre 2004 à Ottawa (Ontario)*. Ottawa, ON : Inuit Tapiriit Kanatami.
116. Senecal, S. (2007). *Les Inuit au Canada, selon l'emploi, l'industrie et la profession, 1981-2001*. Ottawa, ON : Affaires indiennes et du Nord.
117. Mendelson, M. (2004). *Aboriginal People in Canada's Labour Market: Work and Unemployment, Today and Tomorrow*. Ottawa, ON: Caledon Institute of Social Policy.
118. Folke, L. (2002). *Resilience and Sustainable Development: Building Adaptive Capacity in a World of Transformations*. T. E. A. Government.
119. Tolbert Kimbro, R., Bzostek, S., Goldman, N., and Rodríguez, G. (2008). Race, Ethnicity, and the Education Gradient In Health. *Health Affairs*, 27(2); 361–372.

120. Assemblée des Premières Nations (2006). *Successful First Nation Policy Development: Delivering Sustainability, Accountability and Innovation*. Ottawa, ON: Assemblée des Premières Nations.
121. Chandler, M. J., and Lalonde, C. (1998). Cultural Continuity as a Hedge against Suicide in Canada's First Nations. *Transcultural Psychiatry*, 35: 191-219.
122. Krieger, K. (2008). Proximal, Distal, and the Politics of Causation: What's Level Got to Do With It? *American Journal of Public Health*, 98(2): 221-30.
123. Kelm, M. E. (1998). *Colonizing bodies: Aboriginal health and healing in British Columbia, 1900-50*. Vancouver, BC: UBC Press.
124. Simon, R.I. and Eppert, C. (1997). Remembering obligation: pedagogy and the witnessing of testimony of historical trauma. *Canadian Journal of Education*, 22(2) 175.
125. Assemblée des Premières Nations (1994). *Breaking the silence: An interpretive study of residential school impact and healing as illustrated by stories of First Nations individuals*. Ottawa, ON: Native Tribal Health Consortium – Cancer Program.
126. Indian Residential School Survivors Society (2006). *History*. <http://www.irsss.ca/history.html>
127. Adelson, N. (2005). The embodiment of inequity: health disparities in Aboriginal Canada. *Canadian Journal of Public Health. Revue canadienne de santé publique*, 96 Suppl 2 : S45.
128. Barnsley I. (2006). The right to health of indigenous peoples in the industrialized world: a research agenda. *Health & Human Rights*. 9(1):43-54.
129. Stephens C., Porter J., Nettleton C., and Willis R. (2006). Disappearing, displaced, and undervalued: a call to action for Indigenous health worldwide. *Lancet*, 367: 2019-28.
130. Mignone, J. (2003). *Mesurer le capital social : Un guide pour les collectivités des premières nations*. Ottawa, ON : Institut canadien d'information sur la santé.
131. Mignone, J. and O'Neil, J. (2005). Social capital and youth suicide risk factors in First Nations communities. *Canadian Journal of Public Health*, 96 (Suppl 1): S51-4.
132. Boyer, Y. (2006). *L'autodétermination en tant que déterminant social de la santé*. Document de discussion pour le compte-rendu du Groupe de travail autochtone du Groupe de référence canadien à la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS. Organisé par le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone et financé par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Vancouver : 29 juin.
133. Madden J., Graham H., & Wilson, J. (2005). *Exploring Options for Métis Governance in the 21st Century*. Ottawa, ON: Institute on Governance (IOG). septembre.
134. Santé Canada (2005). *Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada pour l'an 2000*. Ottawa, ON : Santé Canada.

Sources des tableaux

TABLEAU 1 Sacha Senécal et Erin O’Sullivan, *Le bien-être des collectivités inuites au Canada*, un document préparé pour la Direction de recherche et analyse stratégiques, Affaires Indiennes et du Nord, septembre 2006, pp. 7 et 13..

TABLEAU 2 Pour les données sur les adultes des Premières Nations sur réserve, voir *Les Canadiens et les Canadiennes en santé : Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2006*, Ottawa : Santé Canada, p. 29. La source des données est l’Enquête régionale sur la santé, 2002–03.

Toutes les autres données du tableau proviennent de l’Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000/2001 tel que rapporté dans Michael Tjepkema, « La santé des Autochtones vivant hors réserve », *Rapports sur la santé*, Volume 13, 2002, supplément. Ottawa : Statistique Canada, Catalogue 82-003, Tableau 2, p.8

TABLEAU 3 Les données sur les mères des Premières Nations vivant sur réserve proviennent de l’Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations.

Les données sur les mères canadiennes proviennent de l’Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, 1998–99.

Toutes ces données sont rapportées dans *l’Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002/03 : Résultats de l’enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les communautés des Premières Nations*, Ottawa : Centre des Premières Nations, Organisation nationale de la santé autochtone, 2005, p. 248.

TABLEAU 4 *Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002/03 : Résultats de l’enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les communautés des Premières Nations*, Ottawa : Centre des Premières Nations, Organisation nationale de la santé autochtone, 2005, p.109

TABLEAU 5 Données sur les réserves : *Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002/03 : Résultats de l’enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les communautés des Premières Nations*, Ottawa : Centre des Premières Nations, 2005, Chapitre 3, Tableau 8, p. 44.

Données sur les domiciles canadiens : Statistique Canada, *Période de construction, type de construction résidentielle, mode d’occupation et état du logement, Recensement de 2006*, Données échantillons (20 %), N° au catalogue 97-554-XCB2006022.

TABLEAU 6 Recensements de 1996 et 2006 tels que rapportés dans *Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières nations, Recensement de 2006*, Ottawa : statistique Canada, N° au catalogue : 97-558-XIF.

TABLEAU 7 Statistique Canada, Tableaux thématiques, Thème du recensement numéro 97F0011XCB2001045

TABLEAU 8 Statistique Canada, Tableaux thématiques, Thème du recensement numéro 97F0011XCB2001047

TABLEAU 9 Michael Tjepkema, « La santé des Autochtones vivant hors réserve », Statistique Canada, Catalogue 82-003, Supplément aux Rapports sur la santé, Volume 13, 2002, Graphique 1, p. 5. Les données proviennent de l’Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000/2001.

TABLEAU 10 Les données proviennent de l’Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000/2001, tel que rapporté dans Michael Tjepkema, « La santé des Autochtones vivant hors réserve », *Rapports sur la santé*, Volume 13, 2002, supplément. Ottawa : Statistique Canada, Catalogue 82-003, Graphique 4, Page 7.

TABLEAU 11 Statistique Canada, Tableaux thématiques, Thème du recensement numéro 97F0011XCB2001043

- TABLEAU 12** Janet Che et Jiajian Chen, « L'insécurité alimentaire dans les ménages canadiens », *Rapports sur la santé*, Vol. 12, N° 4, Ottawa, Statistique Canada, Catalogue 82-003.
- TABLEAU 13** Adapté de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000/2001, tel que rapporté dans Michael Tjepkema, « La santé des Autochtones vivant hors réserve », Statistique Canada, Catalogue 82-003, Supplément aux Rapports sur la santé, Volume 13, 2002, p. 10.
- TABLEAU 14** Adapté de *l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002/03 : Résultats de l'enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les communautés des Premières Nations*, Ottawa : Centre des Premières Nations, 2005, Chapitre 12, Tableau 3, p. 130.
- TABLEAU 15** *Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002/03 : Résultats de l'enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les communautés des Premières Nations*, Ottawa : Centre des Premières Nations, 2005, Chapitre 15, page 147 et Chapitre 8, page 99.
- TABLEAU 16** *Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières nations, Recensement de 2006*, Ottawa : Statistique Canada, N° au catalogue : 97-558-XIF, Tableau 23.
- TABLE 17** *Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières nations, Recensement de 2006*, Ottawa : Statistique Canada, N° au catalogue : 97-558-XIF, Tableau 12.
- TABLEAU 18** *Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières nations, Recensement de 2006*, Ottawa : Statistique Canada, N° au catalogue : 97-558-XIF, Figure 5.
- TABLEAU 19** *Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002/03 : Résultats de l'enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les communautés des Premières Nations*, Ottawa : Centre des Premières Nations, Organisation nationale de la santé autochtone, 2005, p. 35.
- TABLEAU 20** *Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002/03 : Résultats de l'enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les communautés des Premières Nations*, Ottawa : Centre des Premières Nations, 2005, Chapitre 13, Tableau 2 et pp. 134, 136.
- TABLEAU 21** *Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002/03 : Résultats de l'enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les communautés des Premières Nations*, Ottawa : Centre des Premières Nations, 2005, Chapitre 14, p. 139.
- TABLEAU 22** *Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002/03 : Résultats de l'enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les communautés des Premières Nations*, Ottawa : Centre des Premières Nations, 2005, Chapitre 14, Tableau 4, p. 142.

Sharing knowledge. Making a difference.



NATIONAL COLLABORATING CENTRE
FOR ABORIGINAL HEALTH

CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE
DE LA SANTÉ AUTOCHTONE

3333 University Way, Prince George, B.C. V2N 4Z9
Tél. : (250) 960-5986 Téléc. : (250) 960-5644 Courriel : nccah@unbc.ca

